

Normes de pratique clinique et de gestion

3415

SECTEUR D'ACTIVITÉS :	**Protection de la jeunesse**
OBJET :	**Processus d'intervention en clarification de projet de vie**

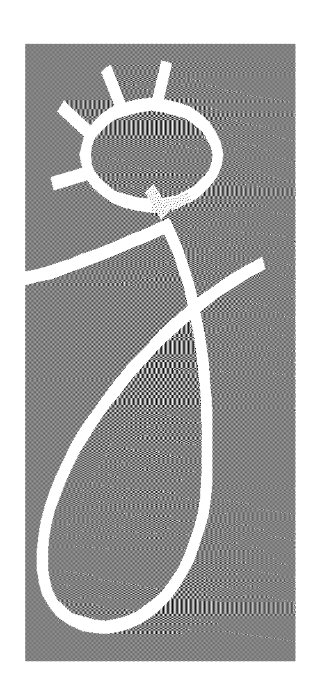
APPROBATION :	**Comité de direction du Centre jeunesse de l'Estrie**
DATE :	**Le 15 avril 2003** **Révisé le 14 avril 2005**
RÉPONDANT :	**Directeur de la protection de la jeunesse** **Directeur de la qualité et des services milieux**

DISTRIBUTION :	**À tous les intervenants œuvrant en protection de la jeunesse.** **Vous pourrez vous procurer des copies de ce document au bureau du D.P.J.**

NOTE :	**Le projet de vie se définit comme un processus de planification de la permanence dans la vie de l'enfant. Cette permanence est continuellement recherchée dès qu'on constate un risque important d'atteinte à la stabilité et à la continuité du projet de vie de l'enfant.**

Le masculin est utilisé comme représentant les deux sexes, sans discrimination à l'égard des hommes et des femmes et dans le seul but d'alléger le texte.

CENTRE JEUNESSE DE L'ESTRIE



Processus d'intervention en

Clarification de projet de vie

pour les enfants à risque de délaissement ou d'abandon

Document adopté
au comité de direction
du 15 avril 2003

Révisé le 14 avril 2005

(2e impression)

REMERCIEMENTS

Le présent processus clinique en « Clarification de projet de vie » du Centre jeunesse de l'Estrie s'est largement inspiré des documents suivants et plusieurs éléments des documents originaux ont été reproduits, avec l'autorisation des auteurs concernés :

« Faire des racines ou la clarification d'un projet de vie permanent » du Centre de services sociaux de Québec :

Michèle Larochelle

Marie-Claude Godin

Simone Corneau

Octave Lavoie, chef d'unité

Daniel Picard, agent de programmation

« À chaque enfant son projet de vie permanent » des centres jeunesse de Montréal

Denise LALANDE, *directrice adjointe à la DPJ (Gestion du projet)*

Francine PAQUETTE, *conseillère en développement de programmes à la coordination des activités de l'Institut universitaire de la DRD (Support au développement du programme et rédaction du document)*

« Formation des agents multiplicateurs : clarification du projet de vie » du Centre jeunesse de Québec et de l'Institut universitaire de Québec :

Michèle Larochelle

Marie-Claude Godin

« En vue d'assurer à tout enfant un projet de vie permanent » de l'ACJQ et de la table des DPJ :

Denise Lalande, responsable du groupe de travail, Centres jeunesse de Montréal

Loïc Boisvert, Centre jeunesse de l'Estrie

Patricia Chiasson, Centres jeunesse de l'Outaouais

Thérèse Guillemette, Centres jeunesse de Montréal

Michèle Larochelle, Centres jeunesse de Québec

Ghyslaine Larouche, Centres jeunesse Chaudière-Appalaches

Guy Moffat, Centres jeunesse Saguenay Lac-St-Jean

ADAPTATION AU CENTRE JEUNESSE DE L'ESTRIE :

Jean-Luc Gosselin, conseiller à la programmation, DSQSM, Centre jeunesse de l'Estrie

Monique Lord, conseillère clinique réviseure, Centre jeunesse de l'Estrie

Nous remercions tous ceux et celles qui ont contribué par leurs conseils, avis, support et commentaires, au développement et au raffinement du présent document, particulièrement les membres du groupe de concertation en projet de vie du Centre jeunesse de l'Estrie :

Note : Dans ce texte, l'utilisation du masculin pour désigner des personnes a comme seul but d'alléger le texte et d'identifier sans discrimination les individus des deux sexes. La lectrice et le lecteur verront à interpréter selon le contexte.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX

INTRODUCTION

Le document qui suit offre une description du processus d'intervention en clarification de « *Projet de vie* ». Il constitue un guide pour la pratique, un outil de référence pour les acteurs de la mise en œuvre du processus. Il sert également d'outil de repère aux divers partenaires internes et externes qui peuvent s'y référer pour mieux comprendre la logique de l'intervention et ses mécanismes de fonctionnement. Cette version écrite constitue un moyen de systématiser le processus d'intervention afin d'en augmenter la qualité et le succès.

La préoccupation concernant l'établissement d'un projet de vie stable et permanent pour les jeunes enfants référés aux centres jeunesse n'est pas nouvelle. Nous verrons, dans la première section du document portant sur « l'origine du projet », comment les réflexions antérieures ont influencé le développement actuel du présent processus d'intervention.

La deuxième section, intitulée « théorie sur le problème », présente une vision de la problématique. On y retrouve une analyse des problèmes rencontrés et l'identification des besoins.

La troisième section, intitulée « théorie d'action », décrit la notion de projet de vie, le but du processus d'intervention et la clientèle cible.

La quatrième section présente le « processus clinique », c'est-à-dire la séquence d'intervention, les outils utilisés et l'approche préconisée.

La cinquième section présente les divers « outils cliniques » utilisés à l'intérieur de l'intervention : grille de dépistage, outils d'évaluation et de suivi, etc.

La sixième et dernière section décrit les ressources humaines impliquées et les ressources matérielles nécessaires à la mise en œuvre du processus d'intervention

SECTION 1

ORIGINE DU PROJET ET CONTEXTE DE DÉVELOPPEMENT

Le développement du processus d'intervention en clarification de « Projet de vie » fait suite aux travaux d'un comité mis sur pied par la Table des DPJ[1] à l'automne 1995. On confie à ce comité le mandat de réfléchir à deux aspects liés à la problématique des enfants à risque ou en voie d'abandon : le dépistage de ces enfants et la notion d'élaboration d'un projet de vie qui réponde aux besoins de chaque enfant. Les travaux du comité donnent lieu, en 1997, à la publication d'un document intitulé « En vue d'assurer à tout enfant un projet de vie permanent » dans lequel sont proposés des outils pouvant servir au repérage précoce du risque d'abandon et permettant de fournir une connaissance systématique de la situation des enfants à risque ou en voie d'abandon.

Parallèlement à ce comité provincial, le comité de concertation des pratiques cliniques en matière de projet de vie du Centre jeunesse de l'Estrie a poursuivi ses travaux de 1995 à 1997.

Les membres du comité reçoivent alors une formation d'intervenantes du Centre jeunesse de Québec, Michèle Larochelle et Marie-Claude Godin, en lien avec le programme « Faire ses racines ».

Ce comité de concertation a finalement produit un document d'orientation, soit *« La clarification des projets de vie : une nouvelle façon de faire au Centre jeunesse de l'Estrie »*. Un processus structuré pour l'élaboration d'un projet de vie pour un enfant y est précisé.

Le projet de vie y est défini comme la planification de la permanence dans la vie de l'enfant, permanence recherchée dès qu'il y a un risque important d'atteinte à la stabilité et à la continuité du projet de vie de l'enfant. En ce sens, chaque enfant mérite un projet de vie.

Jusqu'alors, la notion de projet de vie pour un enfant faisait surface lorsque tout avait été tenté pour maintenir l'enfant dans son milieu de vie familiale ou l'y insérer, qu'il n'y avait plus rien à faire ou que les parents n'étaient plus impliqués auprès de leur enfant. Cette ancienne notion de projet de vie venait souvent après des placements répétitifs de l'enfant ou de nombreuses tentatives infructueuses de réinsertion dans le milieu naturel.

La nouvelle approche permet d'intervenir **plus précocement** dans les situations à risque de délaissement ou d'abandon et **d'impliquer activement** les parents dans

---

1 La table des DPJ est un regroupement provincial de tous les directeurs de la protection de la jeunesse du Québec. Elle relève de l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ). Cette table favorise l'échange et permet de déterminer les grandes orientations sur des questions d'intérêt.

l'ensemble de la démarche de clarification d'un projet de vie pour leur enfant, dans l'intérêt de ce dernier.

Le nouveau processus clinique en clarification de projet de vie permet de clarifier avec les acteurs concernés, dès le début du processus par l'établissement d'un contrat écrit avec eux, les quatre options à envisager pour l'enfant :

- Maintien ou retour dans de l'enfant dans son milieu naturel;
- placement à long terme en famille d'accueil;
- placement privé;
- adoption.

Depuis 1995, plusieurs membres du personnel du CJE (intervenants psychosociaux et de réadaptation, gestionnaires, conseillers cliniques, etc.) ont reçu une formation approfondie par des intervenantes du CJQ sur la clarification de projet de vie selon cette « nouvelle façon de faire » et ont expérimenté ce processus d'intervention, du moins en partie, dans leur pratique.

Deux intervenantes du Centre jeunesse de l'Estrie, Lise Desnoyers et Denyse Rouillard, ont reçu la formation d'agent multiplicateur du Centre jeunesse de Québec-institut universitaire. Depuis environ deux ans, elles continuent de livrer cette formation à l'interne aux intervenants.

Depuis la formation du groupe de concertation des pratiques en matière de projet de vie, certains intervenants, accompagnés par une conseillère clinique-réviseur ont continué de se rencontrer périodiquement pour échanger sur leur pratique en regard de l'élaboration des projets de vie. Ce groupe constitue en quelque sorte le prolongement du groupe de concertation au centre jeunesse.

Après ces quelques années de pratique, le Centre jeunesse de l'Estrie souhaite offrir aux intervenants un processus d'intervention plus défini et structuré, en continuité avec les orientations déjà prises. Le présent document vise donc à rendre le modèle davantage opérationnel en raffinant la définition du problème et en cernant mieux les causes, son ampleur et ses conséquences. Nous devons également davantage préciser les critères pour la clientèle cible afin d'offrir un service de qualité, tout en évitant de tomber dans certains pièges comme de considérer le projet de vie exclusivement en dehors du milieu naturel ou lorsqu'il n'y a plus rien à faire.

Le présent document servira de référence aux divers acteurs engagés dans le processus de clarification de projet de vie, mais son utilisation dans la pratique ne pourra s'actualiser qu'après avoir approfondi son contenu à l'intérieur de la session de formation prévue à cette fin.

SECTION 2
LA THÉORIE SUR LE PROBLÈME[2]

S'assurer que chaque enfant a un projet de vie est devenu une préoccupation notoire en raison de l'importance pour le jeune enfant de développer un attachement sécurisant et stable avec une figure d'attachement. Avant que la communauté scientifique ne fasse des avancées dans la compréhension du phénomène de l'attachement, les praticiens, souvent mis face à des situations d'enfants ayant développé des *troubles de l'attachement,* comprenaient mal ce qui pouvait causer un tel état de détresse et une telle détérioration du comportement observé chez l'enfant.

C'est en 1958 que Bowlby publia son article intitulé « The nature of the Child's Tie to his mother » suivi par toute une série de publications de Mary Ainsworth sur la théorie de l'attachement apportant un éclairage inestimable à la compréhension de cette problématique. Le postulat de base de cette théorie, marqué par des courants éthologistes, veut que :

> *Les relations que le jeune enfant établit avec les personnes de son entourage immédiat (généralement surtout la mère) au cours de sa première année de vie lui procurent un sentiment de sécurité ou d'insécurité, lui fournissent en tout cas un « internal working model» selon l'expression de Bowlby, qui déterminera en partie ses futurs rapports sociaux puisque ce modèle intériorisé de soi et d'autrui résiste au changement, et ce, en y assimilant tout nouvel événement. » (Paquette et Lafrenière, 1994)* (p. 18)

Ce lien d'attachement est fondé sur les soins et l'amour rattachant l'enfant à sa mère. Le développement d'un lien d'attachement sécurisant est un facteur décisif du développement normal. Il est essentiel au développement de la confiance en soi et de la capacité d'intimité et il est capital dans le processus de socialisation. L'incapacité pour l'enfant d'établir un lien sélectif durant la petite enfance est associée à des troubles permanents et souvent irréversibles de la socialisation; elle entraîne plus tard toute une série de comportements sociaux inadéquats et compromet sérieusement l'adaptation sociale.

Or, il arrive que le développement de ce lien d'attachement ne puisse s'accomplir en raison du rejet, de l'abandon ou à cause de l'incapacité des parents à reconnaître les besoins de l'enfant ou à y répondre (Steinhauer, 1996).

Si ce lien ne peut s'accomplir pour diverses raisons, la faculté d'attachement de l'enfant demeure momentanément présente. Elle le demeure, néanmoins, seulement pour une courte période :

---

[2] Tiré presque intégralement du document : « À chaque enfant son projet de vie permanent » des centres jeunesse de Montréal.

> *«[…] plus l'enfant est jeune (le seuil limite étant de 6 mois) plus cette période d'attente est courte, et plus la tolérance chez lui est faible : en fait, dès que le sentiment d'abandon surgit, le processus de deuil ou d'attachement superficiel est engagé pour l'enfant » (Steinhauer, 1996)* (p. 45)

De fait,

> *«[…] plus la période d'attente entre le moment de la perte de la figure parentale primaire d'attachement et celui où des mesures sont prises pour procurer de bons substituts parentaux est longue, plus le risque de détachement permanent s'accroît ». (Steinhauer, 1996)* (p. 45)

Ainsi, une trop longue période passée dans le vide de l'attente, l'absence de continuité résultant de multiples placements ou l'insuffisance des soins apportés par les parents substituts contribuent à installer un état de détachement permanent. Or, cet état de détachement permanent a, comme nous l'avons mentionné précédemment, de graves conséquences.

Différents symptômes sont associés aux troubles de l'attachement. L'enfant devient peu à peu détaché au plan relationnel. Il perd sa capacité de faire confiance et de créer des liens. Sa mise à distance provoque souvent de la déception et risque de susciter un désinvestissement et même la rupture de la relation avec les donneurs de soins substituts (Steinhauer 1996, dans Paquette, St-Antoine et Provost, 2000).

Par ailleurs, la personnalité de l'enfant se trouve souvent affectée, pouvant présenter un état de dépression chronique, de la rage persistante et diffuse (Lemay, 1996 dans Paquette, St-Antoine et Provost, 2000), une faible estime de soi (Gaspari-Carrière dans Paquette, St-Antoine et Provost, 2000) et de la dépendance chronique.

L'enfant risque aussi de développer des problèmes de socialisation (Rutter 1979, dans Paquette, St-Antoine et Provost, 2000), notamment des comportements asociaux et antisociaux en raison d'une incapacité à apprécier de façon empathique les effets de son comportement sur son entourage, en raison d'une insuffisance de la conscience morale ou d'un contrôle inadéquat de ses pulsions (Steinhauer, 1996 dans Paquette, St-Antoine et Provost, 2000).

Enfin, le développement intellectuel de l'enfant risque d'être entravé par sa fermeture au monde extérieur et son inhibition à explorer son environnement (Hazen et Durrett, 1982 ; Zeanah, 1996; dans Paquette, St-Antoine et Provost, 2000).

Il devient dès lors essentiel de réagir rapidement, d'élaborer un « projet de vie » stable et permanent de façon à ce que puisse se former les bases du concept de soi érigées par l'image intériorisée que l'enfant élabore en fonction de celle que lui renvoient ses figures d'attachement. Or, l'inaction des systèmes sociaux et judiciaires, leur indécision ou leur lenteur à réagir, parce que l'on veut accorder une dernière chance, parce que l'on manque de ressources ou parce que les processus imposent des délais et des remises, met en péril la faculté d'attachement de l'enfant en laissant le projet de vie de l'enfant aller à la « dérive ».

> *«La plupart des intervenants des services de protection utilisent le terme "dérive" pour décrire la situation flottante d'enfants mis en placement qui, en raison de la négligence de l'agence, de passivité ou d'inefficacité, se retrouvent de façon non intentionnelle dans des placements de longue durée où ils sont abandonnés par leurs parents naturels et oubliés par l'agence qui est censée veiller à leur bien-être. » (Steinhauer, 1996)* (p. 256)

Cette dérive peut prendre plusieurs formes :

> *« La dérive de l'enfant déjà placé est bien connue. Il en existe toutefois d'autres formes qui, bien que moins souvent mentionnées, ont une origine similaire et ne sont pas moins destructrice dans leurs effets. »*
>
> *«La première de ces dérives vient du fait qu'on laisse graduellement se détériorer l'état de l'enfant, en maintenant celui-ci dans sa famille natuelle qui a pourtant donné suffisamment de preuves de son incapacité à répondre à ses besoins. Ce type de dérive tient précisément dans le défaut de prendre un enfant en placement, alors qu'une évaluation attentive des capacités parentales aurait indiqué que cette mesure était dans son meilleur intérêt. »*
>
> *« Une autre forme de dérive se produit lorsqu'une agence permet qu'un enfant placé soit sans cesse entraîné — « rebondisse » serait un meilleur terme — dans des allers et retours correspondant à autant d'essais infructueux de le réinsérer dans sa famille, laquelle se montre ambivalente ou même franchement rejetante et dont l'incapacité à répondre à ses besoins aurait pu être reconnue beaucoup plus tôt. » (Steinhauer, 1996)* (p. 257)

Mais, pourquoi les systèmes sociaux et judiciaires sont-ils si lents à réagir ? Comment expliquer cette indécision ?

D'abord, il faut bien l'admettre, tant la décision de retirer définitivement un enfant de sa famille que le choix du meilleur moment pour le faire constitue une redoutable responsabilité. Responsabilité d'autant plus lourde que, dans une telle situation, les choix éventuels comportent tous des risques : risques associés à l'abus, risques associés à la privation du lien d'attachement, risques associés à la séparation d'un enfant de ses parents et risques associés au placement. C'est le dilemme du « moindre mal » de Steinhauer.

Ensuite, bien que certaines situations dans lesquelles se trouvent les enfants soient parfois évidentes et ne présentent aucun espoir d'amélioration, de nombreuses autres demeurent ambigües — ni tout à fait noir, ni tout à fait blanc. Ces situations sont difficiles à évaluer. Par ailleurs, le manque de ressources, les exigences administratives des systèmes sociaux et judiciaires avec la lourdeur, les reports, le manque de continuité que cela implique, ajoutent à la difficulté.

Mais, malgré ces difficultés, certains facteurs sur lesquels il est possible d'agir interviennent.

FACTEURS CLINIQUES

Certains facteurs d'ordre clinique nuisent à la prise de décision : la méconnaissance des découvertes sur l'attachement, le manque de repères permettant d'évaluer les capacités parentales, l'idéologie du lien du sang et l'altération du jugement par certaines émotions.

La méconnaissance des découvertes sur l'attachement

> *Ce ne sont pas tous les intervenants sociaux et tous les juges, à qui il revient en dernière analyse de prononcer la décision, qui connaissent l'importance du lien d'attachement dans le développement de l'enfant. À ce sujet, Steinhauer (1996) fait remarquer que : « [...] la plupart des juges n'ont eu que peu ou pas de formation en matière de développement de l'enfant et de pathologies infantiles et familiales. » (*p. .237)

Malgré tout,

> *« Plusieurs juges admettent maintenant le rôle premier joué par l'attachement entre l'enfant et son parent psychologique et ils font en sorte de protéger ce lien, que ce soit avec un parent naturel, adoptif ou nourricier. Cependant, certains juges ne saisissent pas encore toute l'importance de cet élément ou ils refusent de l'accepter, en raison de leur façon de penser. »* (p. 237)

Tout comme pour les intervenants sociaux,

> *« On observe évidemment aussi chez les juges des différences importantes en ce qui concerne l'intelligence, la sensibilité, l'engagement, l'expérience et la compréhension de ces questions. Le fait d'avoir à rendre des jugements dans des domaines où ils ne sont pas eux-mêmes experts place les juges dans une situation difficile. »* (p. 237)

Face à cette méconnaissance, un sérieux travail de formation chez les intervenants sociaux et de sensibilisation chez les intervenants judiciaires reste à faire.

Le manque de repères permettant d'évaluer les capacités parentales

Comme il n'existe pas de critères clairs pouvant être reproduits et expérimentalement validés en matière d'évaluation de la compétence parentale (Steinhauer, 1996), l'évaluation repose essentiellement sur le jugement clinique. Or, il se trouve parmi les cliniciens d'importantes différences de convictions, d'expérience et de formation professionnelles. À ce sujet, Steinhauer (1996) fait remarquer que dans certains cas :

> *«[...] ces professionnels écrasent littéralement le juge sous une masse d'avis confus et contradictoires à partir desquels il deviendra difficile de rendre un jugement équitable. » (*p. 234)

Il est donc nécessaire d'offrir des repères et des processus cliniques qui aident les cliniciens à effectuer leur évaluation avec précision et exhaustivité, à déterminer les mesures les plus appropriées et à présenter, si nécessaire, une argumentation étoffée de leur vision qui soit crédible aux yeux du tribunal.

L'altération du jugement par certaines émotions et valeurs

Les émotions et les valeurs personnelles et professionnelles ont des impacts directs sur le comportement humain. Elles jouent généralement en faveur de l'intervention, mais agissent parfois à son détriment.

L'idéologie du lien du sang

Beaucoup de chemin a été fait, affirme Steinhauer (1996), depuis l'époque où l'on accordait plus d'importance aux liens du sang qu'aux liens psychologiques. Ces progrès sont dus, d'une part à la prise de conscience qui s'est largement répandue quant à l'importance du processus d'attachement et d'autre part, à la notion de *parent psychologique* introduite par Golstein, A. Freud et Solnit (1973).

Mais, cette idéologie demeure encore présente. Elle l'est parfois en raison du désir de réparer un préjudice historique infligé à une époque, pas si lointaine, où l'on séparait des mères de leur enfant pour l'unique raison d'une naissance hors mariage, et ce, malgré la volonté et les capacités parentales de la mère. Cette idéologie est

aussi parfois présente en raison du désir de réparer une expérience personnelle d'adoption douloureuse.

Face à cela, il est important d'élaborer des stratégies qui soient susceptibles de susciter, chez les personnes qui accordent au lien du sang une valeur prépondérante, une reconsidération de leur position, afin qu'elles agissent dans le meilleur intérêt de l'enfant.

L'identification aux parents

La tendance à s'identifier aux parents, en voyant ses propres enfants à travers l'enfant qui vit le problème, aveugle parfois les intervenants sociaux ou judiciaires.

> *« La route de l'enfer, que plus d'un enfant connaît, est pavée de bonnes intentions de juges qui, réagissant au témoignage éploré d'un parent et saisis de compassion et du désir bien humain de réunir parents et enfants, se trouvent influencés par leurs propres « fantaisies de sauvetage » au point de laisser leur cœur (plutôt que leur raison) leur dicter le jugement qu'ils doivent rendre. Lorsqu'en pareille situation, les sentiments du juge passent de l'empathie (la capacité de comprendre ce qu'un parent ressent) à la sympathie (la tendance à s'identifier si complètement avec le parent que la distance nécessaire à l'objectivité est perdue), l'avenir ce cet enfant risque d'être hypothéqué. » (Steinhauer, 1996)* (p. 242)

Les émotions insidieuses

Certaines émotions sont insidieuses. La sensibilité, la compassion rend parfois les intervenants sociaux et judiciaires incapables de tolérer la détresse dont ils sont témoins. Il est fréquent que les adultes se protègent — tout en rationalisant qu'ils protègent l'enfant.

Dans d'autres circonstances, il arrive que les intervenants soient appelés à intervenir dans une situation qui implique un parent agressif, voire violent. La peur, engendrée par des menaces ouvertes ou voilées, peut aussi détourner du meilleur intérêt de l'enfant.

Enfin, réussir à créer une alliance thérapeutique avec un client est un art difficile. Il arrive que des intervenants s'enfoncent graduellement dans un cul de sac par une succession de compromis consentis afin de sauvegarder une alliance fragile, ou ce qu'ils croient être une alliance, avec le parent, aux dépens de la défense des intérêts de l'enfant, situation d'où il est de plus en plus difficile de sortir sans laisser un sentiment de trahison.

Il devient important de prémunir les intervenants sociaux contre ces dangers en offrant des repères cliniques, de la formation, du soutien et de la supervision qui favorisent la mise à distance thérapeutique essentielle au bon jugement clinique.

Outre les facteurs cliniques que nous venons d'examiner, certains facteurs organisationnels limitent l'efficacité de l'intervention.

FACTEURS ORGANISATIONNELS

Certains facteurs d'ordre organisationnel, dont les conditions de pratique et la discontinuité de l'intervention, limitent l'efficacité de l'intervention.

Les conditions de pratique

La limite des ressources disponibles pour répondre aux besoins de la population dans le domaine des services sociaux a rendu la charge de travail des intervenants considérable. Or, l'évaluation de jeunes enfants, particulièrement vulnérables en raison de leur incapacité à communiquer verbalement, exige une intensité d'intervention (observation directe, visites fréquentes, surveillance accrue) parfois irréalisable.

La discontinuité de l'intervention

C'est un constat sans cesse décrié, un effet pervers systémique avec lequel les agences de protection de l'enfance sont aux prises, et qui a un effet singulièrement néfaste pour les situations à risque de délaissement ou d'abandon pour les jeunes enfants : il manque souvent de continuité dans l'intervention.

Il y a deux vecteurs principaux de la continuité : les acteurs impliqués dans la mise en œuvre des actions et les actions elles-mêmes. Bien que, en ce qui concerne le personnel, certains incontournables (départs, maladie, maternité) produisent inévitablement de la discontinuité, il reste un examen des pratiques à faire, un choix de valeurs à affirmer par des mesures particulières ou des règles administratives assouplies, afin de faire de la continuité du personnel une priorité.

Au Centre jeunesse de l'Estrie, la nouvelle politique de transfert interservices des dossiers des usagers encourage cette continuité. Un intervenant peut maintenir ses responsabilités dans certains dossiers selon les besoins et les circonstances.

La continuité se réalise également dans l'action entreprise avec le client. À ce chapitre, il y a lieu de qualifier les plans d'intervention de façon à ce que, lors d'un changement éventuel d'intervenant, la continuité puisse être assurée. Il faut aussi améliorer la tenue des dossiers et les modes de transfert de l'information. Par ailleurs, la mise en place d'un outil de gestion de l'information (monitoring des données) devrait aussi contribuer à l'amélioration de la continuité. Enfin, le développement et l'implantation d'un processus d'intervention constituent également un gage de continuité, puisqu'un tel processus propose une conception de l'intervention où les valeurs sont affirmées, où les postulats théoriques sont énoncés, où les processus d'intervention et les objectifs sont précisés, ce qui évite au client un éventuel changement de direction chaque fois qu'il change d'intervenant.

Après avoir examiné les diverses facettes de la problématique associée à l'élaboration des projets de vie et les divers besoins qui y sont associés, nous présenterons maintenant, dans la section suivante intitulée « la théorie d'action », le but et la clientèle visés par le processus d'intervention.

SECTION 3

LA THÉORIE D'ACTION

La théorie d'action est une hypothèse relative au changement que l'on veut susciter. Elle doit être assortie d'une logique qui établit un lien entre les buts, les objectifs et la problématique telle qu'elle est définie dans la théorie sur le problème. Nous examinerons donc la notion de projet de vie et le but du processus d'intervention.

Par ailleurs, nous offrirons, à la fin de la section, un schéma sur les postulats théoriques. Il s'agit d'un schéma représentant une vue d'ensemble de la théorie sur le problème que nous venons de présenter à la section précédente et de la théorie d'action que nous présenterons maintenant.

LA NOTION DE PROJET DE VIE

L'esprit et la lettre de la Loi sur la protection de la jeunesse et les lignes directrices du récent cadre provincial en matière d'adoption visent à faire en sorte d'assurer à l'enfant un milieu stable et permanent répondant à ses besoins dans l'immédiat et dans le futur. Au-delà des dispositions de la loi qui énonce que l'enfant a le droit de bénéficier d'un milieu familial stable et qui réponde à ses besoins, il faut comprendre que tout enfant a droit à un projet de vie et à un avenir assuré.

Le cheminement le plus souhaitable est qu'il grandisse sous la sauvegarde et sous la responsabilité de ses parents. Il peut arriver que certaines circonstances ou un besoin de protection sociale fasse en sorte de modifier cette trajectoire et que soit réévalué, le plus tôt possible, le projet de vie d'un enfant dans son intérêt.

Une intervention de protection n'entraîne pas nécessairement un risque de délaissement ou d'abandon pour l'enfant. Cela dépend d'une part de l'engagement des parents à corriger, dans un délai raisonnable et en considérant l'âge de l'enfant, la situation de compromission et, d'autre part, de leurs capacités parentales. D'où l'importance de dépister rapidement les situations à risque et de poser un diagnostic différentiel en regard des capacités des parents. Un bon dépistage et une bonne évaluation des capacités parentales permettent de discriminer correctement les situations de besoin de protection de ceux qui sont plus à risque de délaissement ou d'abandon.

Le besoin de clarifier le projet de vie de l'enfant vient se juxtaposer au traitement de la problématique de protection et ne doit pas le remplacer. Selon les études par exemple, certaines problématiques, comme la négligence, peuvent nécessiter un processus d'intervention d'au moins deux ans. Pour s'engager dans un tel processus de changement, nous devons connaître la réelle capacité du parent, sa motivation et son engagement à s'inscrire dans une démarche de changement.

Lorsqu'une situation présente des lacunes importantes sur le plan de la permanence pour l'enfant en plus de requérir une intervention de protection, il est du ressort du délégué du DPJ d'assurer la clarification d'un projet de vie.

Quelle que soit la décision prise pour assurer à l'enfant un projet de vie permanent, elle doit être prise dans son intérêt. Or, l'absence d'un projet de vie cause des torts parfois difficilement réparables aux enfants et est contraire à son intérêt.

« La clarification du projet de vie permanent constitue l'un des nombreux mécanismes de protection légale mis en place en faveur de l'enfant. La Loi sur la protection de la jeunesse accorde au Directeur de la protection de la jeunesse le pouvoir de questionner les parents sur leurs intentions réelles, sur la place qu'ils réservent à l'enfant dans leur vie et sur ce qu'ils projettent pour lui ».[3]

Dès lors, nous comprenons que la clarification du projet de vie, qui consiste en l'évaluation de la nature du lien parents-enfant, des intentions et des capacités des parents, peut se faire à différents moments. Cette clarification sera suivie du choix du projet de vie en tant que tel. Le choix d'un tel projet se fera en impliquant les parents le plus possible dans la démarche et en tenant compte du principe de la primauté de l'intérêt de l'enfant.

L'implication des parents et le principe d'autodétermination

Il s'agit là, en plus de la *primauté de l'intérêt de l'enfant*, d'une valeur de fond du présent processus d'intervention.

L'autodétermination est une valeur de base en intervention sociale et permet la responsabilisation de tous. Toute personne a un potentiel d'autonomie qui la rend responsable de sa vie. Cette autonomie s'exerce dans la mesure du potentiel des personnes. Le rôle de l'intervenant est alors de l'accompagner dans ses décisions et de favoriser dans toute la mesure du possible « l'empowerment » des parents et des jeunes face aux difficultés qu'ils rencontrent. Cela peut requérir une évaluation en profondeur des capacités du parent, de la vulnérabilité de l'enfant, des chances de succès d'une réinsertion, de l'amélioration de la capacité parentale et de la qualité de l'attachement parent-enfant.

Le parent qui ne prend pas les moyens, qui n'identifie pas ce qu'il veut et ce qu'il peut faire pour se responsabiliser au sujet de l'avenir de son enfant et de son avenir avec son enfant, prend aussi une décision. On doit viser la participation des parents à la décision relative à un projet de vie pour leur enfant et, à défaut ou s'il y a contre-indication, les informer de la décision prise à l'égard de leur enfant.

Tenant compte de ces considérants, nous reprenons la définition du projet de vie adoptée par le groupe de travail sur l'application des mesures de protection de la jeunesse :

> *« Le projet de vie se définit comme étant une projection des conditions de vie sociale et familiale jugées les plus aptes à répondre aux besoins de l'enfant, et à lui offrir des liens continus et un milieu d'appartenance dans une optique de permanence. »*[4]

---

3 LAROCHELLE, Michèle et al. Programme « Faire des racines » ou La clarification d'un projet de vie permanent. Cahier 1, Québec, Centre de services sociaux de Québec, novembre 1992, p. 7.

4 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport du groupe de travail sur l'application des mesures de protection de la jeunesse.* Annexe 3. Québec. 1991. p.16.

BUT DU PROCESSUS D'INTERVENTION

Le but du processus d'intervention en clarification de « Projet de vie » est de favoriser la stabilité et la permanence du projet de vie[5] d'un enfant.

> *« L'accent mis sur la planification permanente[6] en Amérique du Nord est fondamentalement un appel en faveur d'interventions proactives dans le but d'éviter que les enfants soient abandonnés de façon non intentionnelle dans des placements de longue durée, par suite de la négligence de leurs parents naturels et de l'inattention des agences à qui il appartient de protéger ces jeunes. » (Steinhauer, 1993) (p. 228)*

L'objectif général est de fournir aux enfants, généralement dans un délai d'environ un an, une fois que l'on a déterminé la réelle capacité du parent et son réel engagement, un milieu de vie et un environnement humain stable et permanent qui soient aptes à répondre à ses besoins — dont celui de développer un lien sélectif avec une personne significative (le parent dans les meilleures circonstances) — de manière à ce que l'enfant ait devant lui un avenir prévisible.

Les objectifs spécifiques se retrouvent détaillés dans chaque étape du processus clinique.

CLIENTÈLE CIBLE

La clientèle se compose d'enfants présentant un risque de délaissement ou d'abandon : **prioritairement d'enfants âgés de 0 à 5 ans, en situation de placement** (incluant les ressources mère-enfant), **dont le signalement est retenu en PJ et pour qui le risque de délaissement ou d'abandon est jugé sérieux** à la suite d'une évaluation effectuée à l'aide de la grille de dépistage

Bien sûr, à chaque fois qu'il y a retrait du milieu familial d'un enfant de 6-14 ans, il y a lieu aussi de nous questionner sur les risques de délaissement ou d'abandon et d'évaluer la pertinence d'élaborer un projet de vie. Cette clientèle peut donc aussi faire l'objet du présent processus d'intervention, bien qu'elle ne constitue pas la clientèle prioritaire initiale.

Note : La clientèle 15-17 ans, bien qu'elle ne soit pas visée par le processus d'intervention, doit faire l'objet d'interventions pour s'assurer que chaque jeune ait un projet de vie clairement identifié.

---

5 Un « projet de vie » est une situation dans laquelle l'enfant est placé de façon stable et permanente. Cette situation comporte deux dimensions, soit une dimension physique : un milieu de vie, un lieu d'appartenance et une dimension dynamique : une personne significative avec qui l'enfant vit et peut développer un lien d'attachement.

6 Ici, lorsque l'auteur parle de planification permanente, il réfère à la permanence du projet de vie et non à la permanence de la planification ; c'est le concept de [permanency planning].

LES OBJECTIFS DU PROCESSUS D'INTERVENTION

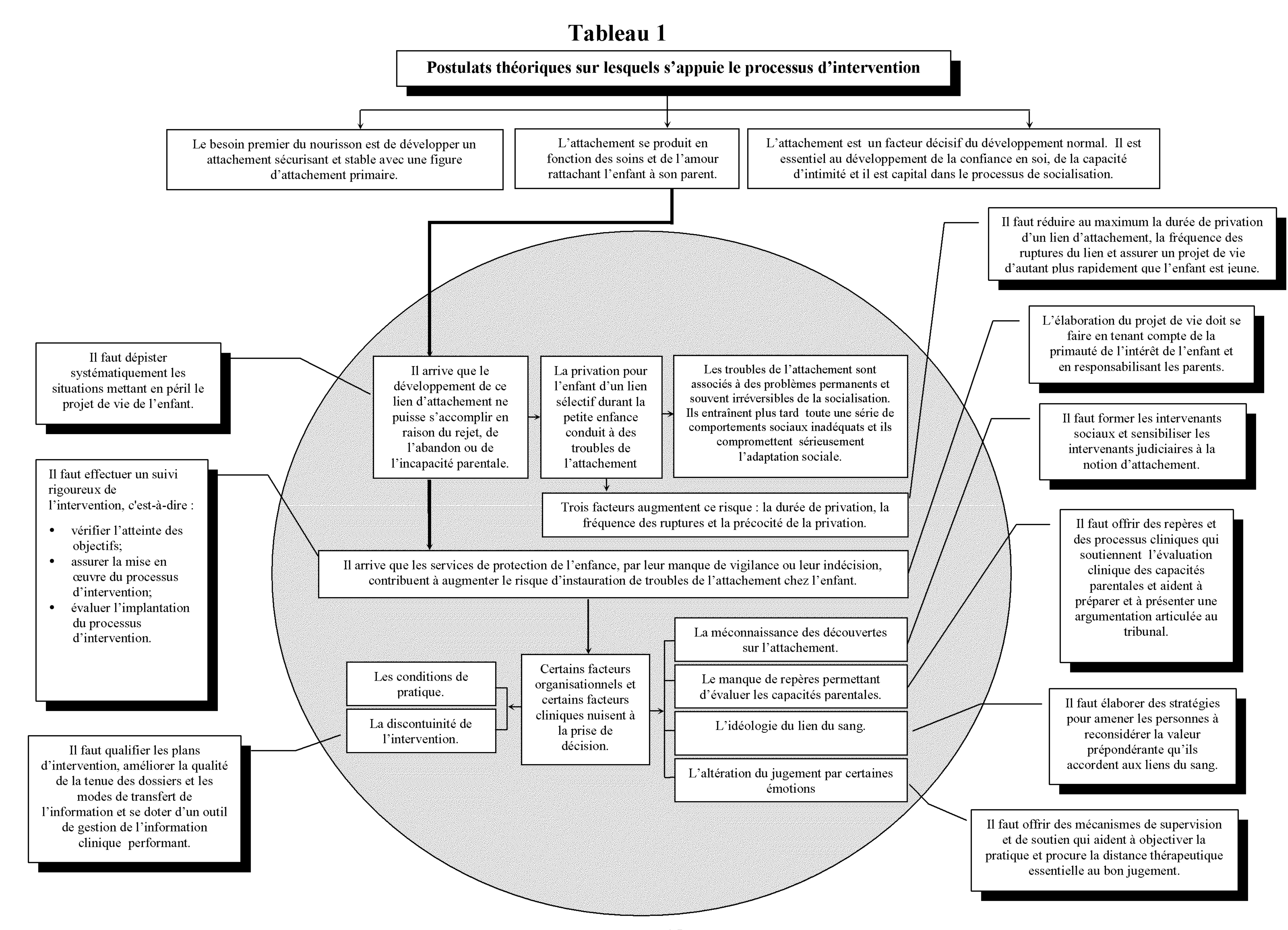
Les objectifs du présent processus d'intervention sont présentés plus loin, à l'intérieur de la prochaine section décrivant le processus clinique.

LES POSTULATS THÉORIQUES

Les postulats théoriques exposent la logique d'ensemble du processus d'intervention. Ils font le lien entre la théorie sur le problème et la théorie d'action. À la page suivante, nous offrons un schéma de ces postulats théoriques. Dans ce schéma, la théorie sur le problème est située à l'intérieur du cercle alors que la théorie d'action est située à l'extérieur du cercle.

Certains éléments de ce tableau sont davantage adaptés pour les jeunes enfants. Pour les six ans et plus, par exemple, nous constaterons davantage les séquelles du délaissement.

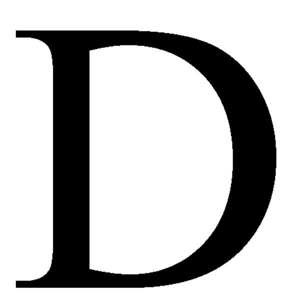
Tableau 1



Postulats théoriques sur lesquels s'appuie le processus d'intervention
Le besoin premier du nourisson est de développer un attachement sécurisant et stable avec une figure d'attachement primaire.
L'attachement se produit en fonction des soins et de l'amour rattachant l'enfant à son parent.
L'attachement est un facteur décisif du développement normal. Il est essentiel au développement de la confiance en soi, de la capacité d'intimité et il est capital dans le processus de socialisation.
Il faut réduire au maximum la durée de privation d'un lien d'attachement, la fréquence des ruptures du lien et assurer un projet de vie d'autant plus rapidement que l'enfant est jeune.
L'élaboration du projet de vie doit se faire en tenant compte de la primauté de l'intérêt de l'enfant et en responsabilisant les parents.
Il faut dépister systématiquement les situations mettant en péril le projet de vie de l'enfant.
Il arrive que le développement de ce lien d'attachement ne puisse s'accomplir en raison du rejet, de l'abandon ou de l'incapacité parentale.
La privation pour l'enfant d'un lien sélectif durant la petite enfance conduit à des troubles de l'attachement
Les troubles de l'attachement sont associés à des problèmes permanents et souvent irréversibles de la socialisation. Ils entraînent plus tard toute une série de comportements sociaux inadéquats et ils compromettent sérieusement l'adaptation sociale.
Il faut former les intervenants sociaux et sensibiliser les intervenants judiciaires à la notion d'attachement.
Il faut effectuer un suivi rigoureux de l'intervention, c'est-à-dire :
• vérifier l'atteinte des objectifs;
• assurer la mise en œuvre du processus d'intervention;
• évaluer l'implantation du processus d'intervention.
Trois facteurs augmentent ce risque : la durée de privation, la fréquence des ruptures et la précocité de la privation.
Il faut offrir des repères et des processus cliniques qui soutiennent l'évaluation clinique des capacités parentales et aident à préparer et à présenter une argumentation articulée au tribunal.
Il arrive que les services de protection de l'enfance, par leur manque de vigilance ou leur indécision, contribuent à augmenter le risque d'instauration de troubles de l'attachement chez l'enfant.
La méconnaissance des découvertes sur l'attachement.
Les conditions de pratique.
Certains facteurs organisationnels et certains facteurs cliniques nuisent à la prise de décision.
Le manque de repères permettant d'évaluer les capacités parentales.
La discontuinité de l'intervention.
L'idéologie du lien du sang.
Il faut élaborer des stratégies pour amener les personnes à reconsidérer la valeur prépondérante qu'ils accordent aux liens du sang.
Il faut qualifier les plans d'intervention, améliorer la qualité de la tenue des dossiers et les modes de transfert de l'information et se doter d'un outil de gestion de l'information clinique performant.
L'altération du jugement par certaines émotions
Il faut offrir des mécanismes de supervision et de soutien qui aident à objectiver la pratique et procure la distance thérapeutique essentielle au bon jugement.

SECTION 4

LE PROCESSUS CLINIQUE



ans cette section portant sur le processus clinique, nous décrirons la nature et l'utilité des diverses étapes, nous identifierons les acteurs concernés, les outils, les interventions, les thèmes, les attitudes, les délais de réalisation et les mécanismes de suivi.

En plus de la phase « préalable à l'intervention », le protocole d'intervention comporte les trois étapes suivantes :

1) **Clarification des intentions et évaluation des compétences parentales;**
2) **partage des intentions;**
3) **concrétisation du projet de vie.**

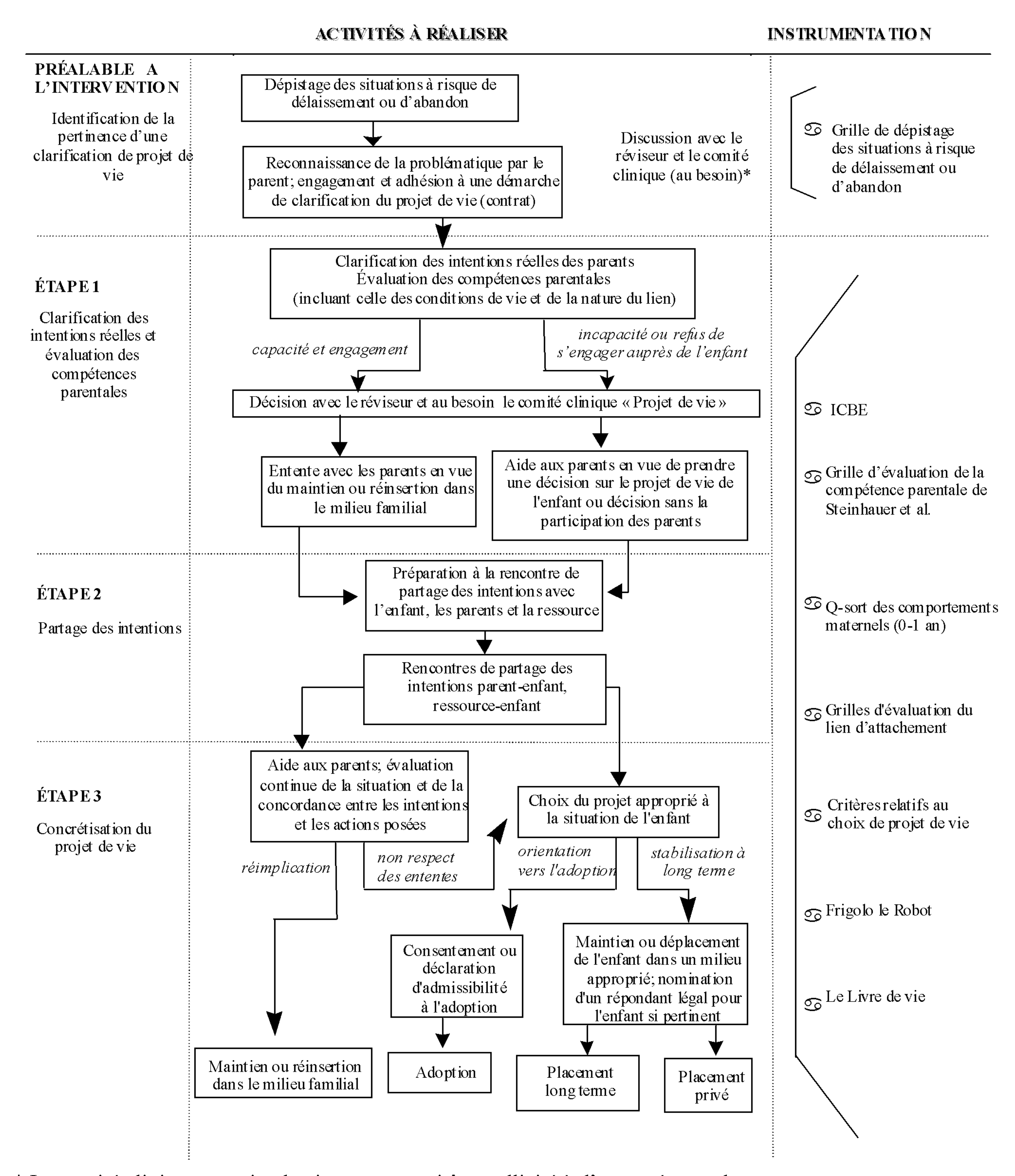
À la page suivante, nous présentons un tableau intégré, présentant les diverses étapes du processus d'élaboration du projet de vie.

De plus, pour avoir une vue d'ensemble du processus d'intervention, nous offrons un résumé schématique sous forme de tableaux à la fin decette section.

Note : Pour les interventions du processus clinique qui impliquent l'enfant, il est important de nuancer et d'adapter ces activités selon l'âge et les capacités de l'enfant.

Tableau 2

TABLEAU SYNTHÈSE DES ÉTAPES DE L'ÉLABORATION DU PROJET DE VIE



* Le comité clinique « projet de vie » peut aussi être sollicité à d'autres étapes du processus

Préalable à l'intervention: IDENTIFICATION DE LA PERTINENCE D'UNE CLARIFICATION DE PROJET DE VIE

Nature et utilité

Il s'agit d'examiner la situation de l'enfant en vue d'un dépistage rapide d'une situation à risque de délaissement ou d'abandon pour l'identification de la pertinence d'une clarification de projet de vie à partir d'indicateurs :

- sur la situation actuelle de l'enfant et de son environnement familial et social;
- sur l'histoire vécue de l'enfant en terme de liens avec ses parents et autres personnes significatives;
- sur l'engagement des parents et leur réponse concrète aux besoins de l'enfant.

L'expérience clinique démontre que, sans un mécanisme systématique et universel de repérage de la clientèle cible, plusieurs situations à risque de délaissement ou d'abandon ne sont pas identifiées, ce qui retarde ou compromet l'établissement d'un projet de vie et expose les enfants concernés à un risque accru de développer des troubles de l'attachement.

Cette première étape est rapide et intensive; toutes les étapes du processus PJ, particulièrement l'évaluation et la révision, sont des moments clés pour examiner si l'enfant est en risque de délaissement ou d'abandon.

Les intervenants complètent la grille de dépistage, posent un jugement clinique sur le niveau de risque et prendront une décision quand à la nécessité d'entreprendre une telle démarche, après consultation avec le réviseur et le comité clinique (au besoin). S'ils estiment la situation à risque et la démarche nécessaire, ils intègrent l'enfant et les parents dans le processus d'intervention et passent à l'étape 1.

Il est important que les intervenants connaissent tous les indicateurs et tous les facteurs qui augmentent la probabilité de délaissement ou d'abandon.

Les contre-indications à intervenir en clarification de projet de vie

- Nous devons d'abord décider si la démarche est nécessaire, car l'étape de dépistage peut amener l'intervenant à conclure qu'une démarche de clarification de projet de vie n'est pas nécessaire, soit parce qu'il n'est pas pertinent de faire cette démarche ou qu'on a tous les éléments pour démontrer l'incapacité parentale chronique ou de désengagement. Il est contre indiqué d'envisager de débuter une démarche devant un tel constat. La démarche serait malhonnête envers le parent et aliénante pour l'intervenant. Dans ce dernier cas, on passe directement à l'étape 3, concrétisation du projet de vie.
- Même si la démarche de clarification de projet de vie s'avère nécessaire, il faut bien évaluer le «timing» pour l'entreprendre en fonction du dossier et de la réalité de l'intervenant.
- La principale contre indication est le facteur temps. Ce processus clinique est très exigeant en terme d'intensité et de durée de l'intervention. Il nécessite de la continuité. On doit donc s'assurer que ce soit le même intervenant qui va terminer le processus clinique et qu'il a du temps pour le faire dans sa charge de travail.

Indicateurs de risque de délaissement ou d'abandon

- Lorsque nous sommes en présence d'un parent qui se questionne et qui vit beaucoup d'ambivalence face à ses intentions quant à son enfant.
- Lorsque nous sommes en présence d'un parent non engagé vis-à-vis de son enfant, c'est-à-dire lorsque le dire est différent du faire. Exemple : Le parent qui fait de belles promesses qu'il ne tient pas.
- Le parent inconstant.
- Les enfants flottants dans le système, c'est-à-dire les enfants placés à long terme et les vieux placements sans projet de retour dans le milieu familial défini et articulé.
- Les placements qui devaient être à court terme et qui se prolongent. Les motifs de placement sont flous. Souvent, il n'y a pas d'objectif par rapport aux parents et il n'y a pas de concrétisation de démarche.
- Il y a des absences de contacts significatifs durant de longues périodes entre le parent et son enfant ou le parent disparaît de la vie de son enfant.
- Il n'y a pas d'implication du parent dans la réponse aux besoins de son enfant.
- Il se peut que ce soit l'enfant qui ne veuille plus de contacts avec son parent. C'est l'enfant qui ne veut plus investir auprès de son parent.
- Les parents qui veulent reprendre leur enfant, mais qui ne peuvent pas à cause de leur difficultés personnelles (problème de santé mentale, déficience intellectuelle, déficience physique, immaturité, délinquance, etc.). Les incapacités chroniques du parent.
- Lors de nouveaux placements, lorsque les intentions des parents ne sont pas claires. Les intentions des parents devront se clarifier dès le début du placement et dès que le parent va tenter de s'éloigner de cet objectif, on devra le ramener pour le faire cheminer.

Acteurs concernés

Les intervenants de l'évaluation/orientation de la DPJ réalisent normalement le dépistage des situations à risques de délaissement ou d'abandon, s'il s'agit d'une situation faisant l'objet d'une nouvelle évaluation PJ. Si le placement de l'enfant est en cours à l'application des mesures, c'est l'intervenant responsable du placement qui réalise le dépistage.

L'élaboration du contrat devrait cependant se faire par l'intervenant à l'application des mesures qui sera responsable de l'élaboration du projet de vie du début à la fin. Il est donc important que l'application des mesures soit impliquée le plus tôt possible dans le processus, lorsqu'il y a nécessité d'élaborer un projet de vie.

L'évaluateur peut cependant poursuivre son mandat d'évaluation/orientation dont il est responsable, s'il n'est pas terminé, en collaboration avec l'intervenant responsable de l'élaboration du projet de vie, s'il est déjà assigné.

Si on a tous les éléments pour démontrer l'incapacité parentale chronique ou le désengagement et passer à l'étape de concrétisation du projet de vie, sans faire la démarche de clarification, l'évaluateur pourrait poursuivre lui-même cette démarche.

L'intervenant s'assurera de la contribution pour le dépistage de la ressource actuelle de l'enfant ou des autres gardiens.

Interventions

1. Lecture du dossier à partir d'indices associés à l'enfant, aux parents, à la situation globale.
2. Évaluation du risque à l'aide de la grille de dépistage.

   Techniques :

   - ✓ Lecture orientée autour du principe de la recherche d'objectivité, par le biais :
     - de la conscientisation de ses valeurs, de ses jugements et de ses préjugés;
     - de la référence explicite aux valeurs de l'établissement, aux principes sous-jacents et aux indicateurs de clarification de projet de vie.
   - ✓ questionnement;
   - ✓ réflexion.

3. Entrevues avec parent, enfant et la ressource pour compléter l'information s'il y a lieu; consultations intervenants CJ, CLSC, conseiller clinique-réviseur, etc.

   Thèmes (autour de l'histoire vécue de l'enfant) :

   - ✓ L'enfant était-il désiré par ses parents ? (conception, grossesse, avortement, naissance, adoption);
   - ✓ les parents ont-ils subi des pressions dans leur décision de garder l'enfant ?
   - ✓ comment les responsabilités parentales semblent-elles avoir été assumées jusqu'à maintenant et avec quelle continuité ? (historique des placements).

4. Discussion de cas avec le conseiller clinique-réviseur et le comité clinique (au besoin)

   Prendre une décision sur la pertinence d'entreprendre le processus de clarification de projet de vie :

   - ✓ Évaluer les éléments de risques qui se dégagent de la grille et de la ceuillette d'information.
   - ✓ A-t-on tous les éléments pour démontrer l'incapacité parentale ou le désengagement chronique ?
   - ✓ Avons-nous les conditions nécessaires pour entreprendre cette démarche (bon «timing», charge de travail, possibilité de poursuivre la démarche jusqu'à la fin, etc.) ?

5. Position de l'intervenant et contrat explicite avec les parties. Si une démarche de clarification de projet de vie s'avère nécessaire : **contrat écrit** (dans le cadre d'une entente sur mesures volontaires, d'une convention de placement, d'une requête en protection ou du plan d'intervention); par ce contrat, le parent reconnaît la pertinence de clarifier la situation de son enfant et s'engage à participer activement à cette démarche.

La démarche suivante est proposée pour l'établissement du contrat :

Première entrevue avec le parent :

- Tenter d'obtenir l'engagement formel du parent afin de clarifier l'avenir de son enfant par une entente écrite.
- Lui expliquer la démarche entreprise ainsi que sa nécessité.
- Le responsabiliser par rapport au devenir de son enfant.
- Le sensibiliser à l'impact sur son enfant d'une situation floue, non clarifiée.
- Le sensibilise aux besoins de stabilité et d'appartenance de son enfant.
- Le sensibiliser au droit pour l'enfant d'avoir une famille investie.

Première entrevue avec l'enfant (selon l'âge) :

- Lui préciser qui on est et ce qu'on fait dans sa vie.
- Lui expliquer le travail qu'on va faire avec lui et avec ses parents.
- Lui présenter qu'on va retracer avec lui son histoire pour mieux le connaître.
- Lui mentionner qu'on va regarder avec lui ce qu'il connaît de son histoire et qu'on ira chercher les informations manquantes.
- Regarder avec lui quelles sont les questions qu'il se pose et qui peut y répondre.
- Lui demander ce qu'il veut.
- Lui préciser qu'on va être avec lui pour aller voir ce qui est possible pour lui.

Première entrevue avec la ressource (ou autres gardiens) :

- Leur expliquer la démarche entreprise ainsi que sa nécessité.
- Obtenir leur adhésion à la démarche.
- Les informer de la collaboration que nous attendons d'eux et du rôle important qu'ils ont à jouer auprès de l'enfant.
- Les aider à préparer et à supporter l'enfant.
- Les prévenir des réactions possibles de l'enfant et de leurs propres réactions.
- Les informer des orientations possibles.

Délai

Le dépistage doit être effectué dans les 10 jours suivant l'assignation du dossier relatif à un signalement retenu ou suivant le placement pour les enfants de 0-5 ans. Il s'effectue dès que des indices de risque de délaissement ou d'abandon se manifestent pour les enfants de 6-14 ans.

Étape 1 CLARIFICATION DES INTENTIONS RÉELLES ET ÉVALUATION DES COMPÉTENCES PARENTALES

Nature et utilité de l'étape

La première étape du processus d'intervention sert à faire l'analyse de la situation, poser un pronostic et clarifier l'intention réelle des parents. Cette analyse, soutenue par des outils cliniques, porte sur plusieurs dimensions de la vie des parents et de la réalité de l'enfant pouvant affecter son projet de vie.

La démarche de clarification de projet de vie ne peut se faire sans la reconnaissance par les parents du risque de délaissement. Dès le départ, ceux-ci doivent adhérer à cette démarche et s'engager face au devenir de leur enfant.

À cette étape, l'intervenant doit vérifier si les parents ont l'intention et sont en mesure de fournir à leur enfant un milieu stable, susceptible de favoriser son développement, et ce, à court terme et de façon permanente. Il s'agit donc d'**évaluer leurs réelles capacités et leurs réelles intentions.**

La clarification des intentions des parents vise à « permettre aux parents d'énoncer leurs intentions à l'égard de leur enfant, de son développement, de son avenir et d'en dégager les modes d'implication et d'engagement qui en découlent. L'idée est donc de réaffirmer avec les parents le mode de responsabilité qu'ils entendent exercer auprès de leur enfant et d'arrêter avec eux les façons de le réaliser ».[7]

Différents enjeux (par exemple la peur de perdre l'alliance avec le parent ou le refus d'accepter qu'un parent décide d'abandonner son enfant) font en sorte que les véritables intentions des parents ne sont pas toujours exprimées au début de l'intervention.

En plus de déterminer l'engagement des parents d'assumer leurs responsabilités auprès de leur enfant, l'intervenant doit évaluer la nature et la qualité des liens parents-enfant et les capacités des parents à répondre aux besoins de l'enfant. L'intention des parents de s'engager auprès de leur enfant n'en est pas forcément la garantie et elle ne saurait servir d'immunité à la carence de soins ou à l'absence de capacités parentales.

Comme il n'existe pas de critères clairs pouvant être reproduits et expérimentalement validés en matière d'évaluation des compétences parentales et qu'il se trouve parmi les cliniciens d'importantes différences de convictions, d'expériences et de formations professionnelles, il devient important d'offrir des repères et des processus cliniques qui aident à effectuer l'évaluation avec précision et exhaustivité. Ceci devrait procurer aux clients une qualité d'intervention plus uniforme et moins aléatoire.

Par ailleurs, la position du Centre jeunesse de l'Estrie concernant la primauté de l'intérêt de l'enfant est expliquée aux parents de façon à ce que le plan d'intervention s'édifie sur des bases claires.

Il y a des situations où les besoins des parents entrent en conflit avec les besoins de l'enfant. Les parents doivent savoir que le rôle du Centre jeunesse de l'Estrie est avant tout de protéger les intérêts de l'enfant.

L'intervenant doit garantir l'intérêt de l'enfant. Cet intérêt implique de favoriser une croissance et un développement sains, en tenant compte de l'âge de l'enfant, de son état physique et psychologique, de son milieu actuel ou futur, de la relation qu'il

---

[7] LAROCHELLE, Michèle et al. *Opus citate*. Avant-propos.

entretient avec ses parents, de sa capacité à recevoir de ses parents, de la force des liens affectifs et du rôle de la personne qui s'en occupe dans sa vie.

Le principal défi que comporte cette étape est le jumelage adéquat entre les besoins de l'enfant (incluant son intérêt) et le choix du projet de vie. C'est en respectant la situation vécue par l'enfant, en plus de tenir compte des capacités et des intentions des parents, qu'un premier projet de vie sera identifié. Il va sans dire qu'en tout temps **l'intervenant devra viser la participation des parents à la décision relative à un projet de vie pour leur enfant et, à défaut ou s'il y a contre-indication, les informer de la décision prise à l'égard de leur enfant.**

Interventions

1. <u>Rencontres avec les parents</u> soit simultanément (s'ils vivent ensemble) ou soit individuellement (surtout s'ils vivent séparés), afin de :

    - Les amener à regarder de façon réaliste l'engagement et leurs capacités envers leur enfant;
    - les responsabiliser quant au devenir de leur enfant;
    - connaître leurs liens affectifs établis avec l'enfant et connaître leurs sentiments envers lui;
    - leur permettre d'expérimenter une orientation de départ et de cheminer vers un projet réaliste;
    - les amener à préciser leur projet de vie personnel et celui de l'enfant;
    - donner aux parents la permission de décider de l'avenir de son enfant; souvent dans le passé, le parent peut ne pas avoir eu l'impression de faire un véritable choix, mais plutôt il a pu se sentir obligé de s'occuper de son enfant.
    - les amener à décider de façon libre et éclairée de l'avenir de leur relation avec leur enfant (y compris la permission de dire qu'ils n'en veulent plus). Établir les modalités futures de contact du parent avec son enfant;
    - les amener à mieux connaître leur enfant dans ses besoins, ses réactions, dans sa réalité et dans sa capacité de recevoir de ses parents;
    - les amener à permettre à leur enfant de développer, s'il le désire, des liens d'affiliation, de fidélité et d'appartenance envers d'autres personnes et d'autres milieux;
    - les amener à composer avec les pressions intérieures (ex : culpabilité) et extérieures (pressions conjugales, familiales et/ou sociales);
    - prévenir le parent qu'il prend sa décision au moment présent en se basant sur sa situation actuelle et sur les besoins actuels de son enfant et que la décision qu'il prendra sera la meilleure au moment où il l'aura prise. Évidemment il faudra le prévenir contre les regrets futurs;
    - faire une exploration des ressources qui s'offrent aux parents et voir comment il les utilisera après avoir pris sa décision.

    Thèmes :

    ✓ Sensibilisation à l'impact sur leur enfant d'une situation floue, non clarifiée, aux besoins de stabilité et d'appartenance chez l'enfant; au droit pour un enfant d'avoir une famille;
    ✓ responsabilisation (par rapport au devenir de l'enfant);

- ✓ engagement formel (à clarifier l'avenir de l'enfant);
- ✓ quels liens affectifs ont-ils créés avec l'enfant ?
- ✓ que ressentent-ils par rapport à leur enfant (émotions positives ou négatives) ?
- ✓ quelle forme, quelle qualité et quelle fréquence de contacts ont-ils maintenues avec l'enfant ?
- ✓ comment ont-ils exercé leurs rôles parentaux (aux plans éducatif, affectif, intellectuel, social, physique et matériel) ?
- ✓ quels sont leur intérêt et leur motivation envers l'enfant et son devenir ?
- ✓ quelle part de responsabilité parentale entendent-ils assumer à l'avenir ?
- ✓ quel degré de conscience ont-ils ?
- ✓ du vécu quotidien de l'enfant et de ses besoins (qui sont différents des leurs) ?
- ✓ des conséquences pour l'enfant de la situation de placement ou des décisions prises à son endroit ?
- ✓ de leur propre situation, de leur vécu, de leurs limites, de leurs difficultés, de leurs possibles regrets futurs ?
- ✓ des pressions qui s'exercent ou risquent de s'exercer sur eux (aux plans personnel, conjugal, familial et social) ?

Dès que les intentions du parent seront clarifiées et qu'il aura pris sa décision, en accord avec l'intervenant responsable, il faudra la communiquer à l'enfant et aux personnes significatives (étape 2).

2. <u>Rencontres avec l'enfant</u> afin de :

- Préciser notre rôle;
- clarifier ce qu'il perçoit de sa situation et susciter ses réactions;
- savoir s'il connaît les motifs de son placement et savoir s'il sait pourquoi il l'est encore;
- connaître ses demandes, les questions qu'il se pose et qui peut y répondre, ce qu'il veut;
- connaître les liens qu'il a créés avec ses personnes significatives;
- le supporter et le rassurer sur la protection qu'on va lui accorder, quoiqu'il arrive;
- l'assurer qu'il va être informé de la démarche et impliqué tout au long du processus;
- faire une première exploration de sa position envers ses parents;
- le préparer à ce qu'il va devoir vivre et à rencontrer les personnes significatives.

Pour les enfants plus jeunes, d'autres moyens seront mis en place pour observer et évaluer la qualité des interactions de l'enfant avec ses parents. On portera particulièrement attention aux réactions de l'enfant et du parent au début, pendant et au départ des contacts parent-enfant. Les observations des interactions de l'enfant avec son milieu d'accueil viendront permettre de compléter l'évaluation de la qualité des liens et des interactions de l'enfant avec les adultes qui l'entourent.

Thèmes (à nuancer et adapter selon son âge et ses capacités)

- ✓ Que connaît-il de son histoire, de sa situation, des motifs de son placement ?
- ✓ comment se perçoit-il ?

- ✓ que perçoit-il et ressent-il par rapport à l'investissement émotif de ses parents, de son milieu d'accueil ou d'autres personnes significatives à son endroit ?
- ✓ quelles sont les personnes significatives à ses yeux ?
- ✓ quels liens veut-il maintenir, accentuer, diminuer ou éliminer avec ses parents naturels et substituts ?
- ✓ quelles sont ses questions ou interrogations et qui peut y répondre ?
- ✓ que veut-il pour son avenir ?
- ✓ comment arrive-t-il à composer avec de possibles conflits de loyauté ?

3. <u>Rencontres avec les responsables de la famille d'accueil</u> sans la présence de l'enfant, afin de :

   - Leur expliquer la démarche ainsi que sa nécessité et les impliquer dans le processus;
   - obtenir leur adhésion à la démarche;
   - vérifier quels liens ils ont créés avec l'enfant;
   - clarifier leurs intentions vis-à-vis de l'enfant et leurs demander de les communiquer avec l'enfant en notre présence;
   - les impliquer dans la préparation de l'enfant;
   - les prévenir des réactions possibles de l'enfant et de leurs propres réactions pour décoder les messages ainsi transmis;
   - les supporter dans cette démarche;
   - voir avec eux ce qu'ils vont faire après (s'il y a départ de l'enfant);
   - préciser les contacts futurs qu'ils désirent conserver avec l'enfant;
   - amener la ressource à accepter une intégration progressive de l'enfant où il ira afin de bien le préparer;
   - les aider à préparer et à supporter l'enfant quant à son implication dans le processus d'intervention;
   - les amener à respecter le choix de l'enfant et de ses parents comme projet initial;
   - les informer du rôle d'observateur et de collaborateur privilégié qu'ils auront à assumer.

   Thèmes **:**

   - ✓ Informations sur la démarche :
     - but poursuivi
     - orientations possibles
     - réactions prévisibles de l'enfant et leurs réactions possibles
     - collaboration attendue et adhésion souhaitée
   - ✓ quels liens affectifs ont-ils créés avec l'enfant ?
   - ✓ quelle place l'enfant occupe-t-il dans leur vécu quotidien ?
   - ✓ quelle est leur perception des besoins de l'enfant ?
   - ✓ quels sont leurs projets par rapport à l'enfant et à son avenir ?
   - ✓ quelle relation entendent-ils avoir avec les parents de l'enfant ?

4. <u>Évaluation des compétences parentales</u>, incluant les conditions de vie et la nature du lien, à partir d'outils cliniques (ICBE, grille de Steinhauer, Q-sort, etc.).

5. <u>Décision pour la poursuite de la démarche</u> avec le réviseur et le comité clinique (au besoin).

Selon l'évaluation de la situation, une orientation claire sera prise dans l'intérêt de l'enfant, à savoir :

☞ Si capacité et engagement des parents envers l'enfant :

- maintenir ou viser le retour de l'enfant dans le milieu familial.

> *Il s'agit de la première option que l'on doit envisager pour l'enfant en mettant les ressources nécessaires auprès de la famille pour l'actualiser positivement. Il faut que cette option repose sur un diagnostic précis sur les capacités parentales et sur l'engagement des parents envers l'enfant.*

☞ Si incapacité ou refus des parents de s'engager auprès de l'enfant :

- statuer sur la situation de désengagement ou d'incapacité permanente des parents et la faire reconnaître comme telle dans la perspective d'orienter l'enfant le plus tôt possible vers un projet de vie permanent.

La première alternative demandera de mettre en place les conditions (ressources, services, moyens, etc.) pour supporter l'exercice des capacités parentales ou pour aider l'enfant à rétablir des liens et les parents à se réimpliquer.

La deuxième alternative exigera la poursuite de la démarche avec les parents et l'enfant pour choisir le projet de vie le plus approprié au besoin et à l'intérêt de l'enfant autre que le maintien ou le retour dans le milieu familial.

À la suite d'un cheminement avec les parents, il arrive que nous soyons incapables d'amener un parent à préciser le devenir de son enfant. Lorsqu'on a tenté d'impliquer par différents moyens le parent et que celui-ci ne participe pas à la décision pour différentes raisons, nous sommes dans l'obligation de décider d'une orientation définitive pour l'enfant dans son intérêt. Dans un tel cas, nous judiciarisons la situation afin de faire entériner la décision par le Tribunal.

Acteurs concernés

Pour les nouveaux dossiers, l'évaluateur qui est responsable du dépistage (prévu dans la phase préalable à l'intervention) contribue, en tout ou en partie, à l'évaluation des compétences parentales à partir des outils prévus (ICBE et grille de Steinhauer), à l'intérieur de son mandat d'évaluation-orientation PJ.

Cependant, à partir de la formulation du contrat avec les parties, c'est généralement l'intervenant à l'application des mesures qui devient responsable de l'ensemble des étapes du processus d'intervention. L'évaluateur peut cependant poursuivre son mandat d'évaluation-orientation dont il est responsable, s'il n'est pas terminé, en collaboration avec l'intervenant responsable de l'élaboration du projet de vie, s'il est déjà assigné.

Pour les situations déjà connues à l'application des mesures, c'est l'intervenant responsable du dossier qui effectue l'ensemble de la démarche de clarification de projet de vie, du dépistage à l'étape de concrétisation.

En ce qui concerne la passation du Q-Sort, la collaboration d'intervenants de réadaptation de la Villa Marie-Claire ou du CLSC (qui ont développé un expertise à ce niveau) est possible dans le cadre d'un PSI.

Outils

- *L'Inventaire concernant le bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales*[8] est un instrument de mesure traduit, adapté et validé de 43 échelles qui investiguent la capacité d'accomplissement et l'accomplissement réel des rôles chez les parents et leurs enfants. Il ne mesure toutefois pas le potentiel de changement.
- Le *Guide d'évaluation de la compétence parentale* de Steinhauer et al. (1993) est une grille d'analyse clinique qui comporte 9 jalons permettant d'examiner les dimensions suivantes : le contexte de vie des parents, le développement de l'enfant, le rapport entre l'enfant et le dispensateur de soins, la compétence parentale, la maîtrise des pulsions du parent, l'acceptation de la responsabilité, le comportement de l'adulte pouvant affecter la compétence parentale, le rapport du parent avec la collectivité et le recours à des interventions cliniques par le parent.
- Le *Q-Sort des comportements maternels* de Pederson et Moran (1990)[9] permet d'examiner, pour les situations d'enfants âgés entre 0 et 12 mois, la sensibilité maternelle et offre quelques indices sur la trajectoire éventuelle du type d'attachement (il ne permet pas d'identifier le type d'attachement). Il s'agit d'un outil standardisé composé de 90 items à classer en 3 catégories : comportements caractéristiques, comportements neutres et comportements non caractéristiques.
- Le rapport d'un service de santé fait le point sur la vaccination, la santé, la croissance et le développement.
- Frigolo le Robot (bande dessinée et livre de vie) (Centres jeunesse de Québec) : pour les jeunes de 8 à 12 ans.
- « Livre de vie » (Centres jeunesse de la Montérégie, Centres jeunesse de Montréal) : pour les enfants de 4 ans et plus.
- Vidéo ou miroir unidirectionnel (pour le visionnement et la réflexion à partir des entrevues réalisées dans le but de faire partager à une des parties le vécu de l'enfant).

L'ICBE et la grille de Steinhauer sont les deux outils qui devraient être utilisés lors de cette étape. Les autres outils sont facultatifs selon les situations et le besoin.

Délai

Le délai pour compléter cette étape est de six mois à un an suivant le dépistage.

---

8 Voir dans la bibliographie : Centre jeunesse de l'Estrie, *Manuel d'utilisation et d'interprétation de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant* […].

9 Voir dans la bibliographie : Rosalie Jetté, *Le Q-Sort des comportements maternels* (Pederson et Moran (1990) : Guide d'utilisation.

Étape 2 PARTAGE DES INTENTIONS

Nature et utilité de l'étape

Que l'enfant entende des bonnes personnes ce qui va lui arriver. Même si cela suscite chez lui de vives réactions, cela va lui permettre de croître. Notons cependant que cette étape n'est pas réalisée si le parent n'est pas en accord avec l'option retenue.

Interventions

Étape préparatoire

Préalablement au partage des intentions, on va préparer le parent, l'enfant et la ressource à la rencontre où il y aura partage des intentions parent–enfant, ressource–enfant.

1. Rencontres avec les parents soit simultanément (s'ils vivent ensemble) ou soit individuellement (surtout s'ils vivent séparés):
   - Amener le parent à nous verbaliser ses intentions;
   - regarder avec lui ce qu'il va dire à son enfant;
   - regarder aussi comment il va le partager à son enfant;
   - amener le parent à recadrer sur les vrais motifs de sa décision;
   - supporter le parent, le renforcir et l'aider à exprimer les émotions soulevées par la décision;
   - permettre aux parents d'intégrer leur décision et de les supporter par rapport à ce que ça leur fait vivre.
2. Rencontres avec l'enfant seul :
   - Préparer l'enfant à rencontrer les personnes significatives;
   - l'amener à formuler les questions qu'il a à poser, ses attentes et ses demandes à ses parents naturels et d'accueil;
   - susciter chez l'enfant l'occasion de questionner ce qui est possible pour lui;
   - susciter les réactions de l'enfant et porter attention afin de décoder leur signification;
   - aider l'enfant à reconstituer son histoire en se réappropriant son passé, en l'aidant à se situer dans le présent et à se projeter dans l'avenir;
   - préparer l'enfant à recevoir une réponse (de ses parents naturels et d'accueil) pouvant être différente de ses attentes;
   - l'amener à exprimer son choix d'investir auprès d'autres personnes s'il le désire.
3. Rencontres avec les parents d'accueil (sans la présence de l'enfant) :
   - Les préparer à la rencontre avec l'enfant;
   - les impliquer comme observateurs privilégiés de la situation de l'enfant et comme collaborateurs au projet;
   - préparer la ressource à communiquer clairement leurs intentions à l'enfant en notre présence;
   - les amener à supporter l'enfant dans le choix du projet de vie;
   - les prévenir des réactions possibles de l'enfant et de leurs réactions face à la démarche;
   - les sensibiliser à la nécessité de décoder les messages ainsi transmis;
   - les supporter dans cette démarche.

Rencontre du partage des intentions

1. Rencontre avec l'enfant et ses parents au bureau (milieu neutre):

    - On demande aux parents de dire le plus clairement possible à son enfant sa décision pour éviter toute forme d'interprétation possible à l'enfant, pour laisser le moins de place possible à de faux espoirs;
    - on précise l'orientation mais aussi toutes formes de contacts futurs (fréquence, durée, lieu, rôles, etc.) afin de définir l'avenir de leur relation;
    - on doit faire attention pour nous assurer que le parent apportera à l'enfant les vrais motifs et que ceux-ci soient à la portée de l'enfant;
    - lors de la préparation de l'enfant, on a amené celui-ci à formuler ses demandes à ses parents. Là, l'enfant aura à réajuster ses attentes et ses demandes en fonction de la décision de ses parents;
    - reformulation par l'intervenant de la signification des réactions de l'enfant.

2. Rencontre avec l'enfant et les parents d'accueil:

    - Amener la ressource à verbaliser leurs intentions à l'enfant le plus honnêtement possible et à communiquer leurs motifs à l'enfant. Il est important que les deux parents d'accueil soient présents;
    - si cela nécessite le déplacement de l'enfant, c'est très important que ce soit la famille d'accueil qui le dise à l'enfant. Si la famille d'accueil ne voit pas le bien-fondé pour l'enfant, demander au praticien ressource de leur expliquer;
    - leur faire préciser à l'enfant, l'avenir de leur relation;
    - il faudra être vigilant pour éviter de fausses interprétations de la part de l'enfant.

3. Rencontre avec l'enfant, les parents et les parents d'accueil lorsque pertinent :

    - Leur permettre de communiquer leurs intentions respectives (officialiser l'orientation et des modalités d'actualisation de l'orientation : responsabilités, contacts, etc).

Acteurs concernés

L'intervenant à l'application des mesures s'assurera à cette étape de supporter et d'aider les parents, l'enfant et la famille d'accueil dans ce processus de prise de décision et de partage des intentions.

Outils

- Frigolo le robot;
- Le Livre de vie;
- jouets (marionnettes, maison);
- lettres (référence : Centres jeunesse de Montréal);
- vidéo.

Délais

Généralement dans les trois mois suivant l'étape de « clarification des intentions et évaluation des compétences parentales ».

Étape 3 CONCRÉTISATION DU PROJET DE VIE

Nature et utilité de l'étape

Cette étape consiste essentiellement à la concrétisation du projet de vie. À cette étape, on parle davantage de certitude que d'intentions. Il faut comprendre que lorsque nous arrivons à cette étape du processus clinique, le cheminement, tant avec les parents, l'enfant et la ressource, est terminé. Nous avons clarifié les intentions avec toutes les parties et elles ont été partagées à l'enfant. Nous arrivons donc à l'étape de concrétiser un projet de vie pour cet enfant.

Dans le cas du retour chez les parents, la réinsertion familiale s'avère réalisable. Pour tout autre projet de vie que le maintien ou le retour de l'enfant dans sa famille naturelle, les actions socio-juridiques sont en cours de réalisation sous forme de décisions formelles.

Interventions

L'intervention sera différente selon le type de projet de vie choisi.

***Si l'orientation est un retour dans le milieu familial* :**

- Élaboration d'un plan de réintégration familiale précis, déterminé et limité dans le temps, avec un encadrement des contacts et par étapes progressives;
- expérimentation par les parents d'un quotidien vécu avec l'enfant et d'un nouvel exercice des responsabilités parentales en réponse aux besoins de l'enfant, pour vérifier le degré d'engagement et les capacités parentales à assumer la réalité;
- retour sur l'expérience vécue après chaque contact parents-enfant (vérification auprès de chacune des parties impliquées);
- réajustement réciproque visant à renforcer le degré d'engagement (ou d'attachement) et l'exercice des responsabilités parentales.

Note : Le retour de l'enfant dans sa famille doit se faire selon un plan précis, dans lequel le rythme des contacts est modulé, et qui tienne compte des dimensions émotives.

Caractéristiques de cette option :

Le retour dans la famille naturelle de l'enfant paraît être la formule la plus souhaitable. Elle respecte les responsabilités sociolégales des parents et souvent, les aspirations de l'enfant. Lorsque cette avenue est retenue, elle doit se faire selon des normes qu'il importe de respecter loyalement. Entre autres, il importe que le retour à la famille soit dirigé par l'intervenant selon un plan précis où le rythme des contacts, l'intensité des relations et des émotions sont perçus, respectés, intégrés et humanisés.

Des mécanismes de vérification du niveau d'engagement des parents, de leurs capacités d'encadrement et d'affection, de leur mode de vie avec l'enfant doivent être prévus et respectés. En contrepartie, il importe d'assurer à l'enfant le respect et l'écoute nécessaires pour qu'il puisse absorber les changements ou, le cas échéant, exprimer ce qu'il découvre et vit.

Éléments pouvant mener à cette option :

- ✓ Les facteurs ayant justifié le retrait de l'enfant du milieu familial sont en voie de se résorber;
- ✓ les parents ont démontré, par leurs attitudes et leurs comportements dans le cadre du quotidien, leurs capacités de répondre aux besoins de leur enfant aux plans physique, affectif et intellectuel;
- ✓ les parents ont démontré la capacité d'assurer auprès de leur enfant une présence stable et continue;
- ✓ le lien affectif entre l'enfant et ses parents est significatif, soit qu'il ait été maintenu ou qu'il se soit rétabli.

Délais

Les délais sont conformes à la politique du Centre jeunesse de l'Estrie concernant le plan d'intervention, c'est-à-dire un délai d'un mois pour l'élaboration du plan et un délai de 6 mois pour la révision. Elle devrait s'effectuer plus tôt, au besoin.

Autres projets de vie

Lorsque le projet de vie est autre que le maintien ou la réinsertion dans le milieu familial, cette étape permet d'abord de poursuivre la démarche amorcée à l'étape 1 avec les parents et l'enfant, en vue de prendre une décision sur le type de projet de vie pour l'enfant. Alors qu'à l'étape 1 il a été déterminé qu'il n'y aurait pas de maintien ou de réinsertion dans le milieu familial et qu'il y a eu partage des intentions à l'étape suivante, l'étape 3 permet de déterminer précisément un autre projet de vie.

Le PI tiendra compte de l'engagement des parents dans la démarche et de leur implication auprès de leur enfant.

Dans le cas où l'enfant est orienté vers un autre milieu de vie et où le projet de vie envisagé est l'adoption, la stabilisation à long terme dans un milieu d'accueil ou le placement privé, les intervenants devront connaître et réaliser les démarches nécessaires en vue de concrétiser le projet en impliquant activement le parent, dans la mesure du possible, et dans la recherche d'un milieu de vie approprié aux besoins de l'enfant.

Si l'orientation est un placement à long terme en famille d'accueil :

- Élaboration d'un plan d'intervention définissant les nouveaux objectifs de l'intervention et les responsabilités des différents acteurs (famille naturelle, famille d'accueil, enfant, intervenant);
- redéfinition du cadre légal de la mesure;
- élaboration d'un plan prévoyant les relations de l'enfant avec sa famille naturelle;
- permission donnée par les parents à l'enfant d'investir dans son milieu d'accueil;
- accompagnement de l'enfant dans le deuil du retour avec ses parents;
- interprétation aux parents d'accueil du sens à donner aux réactions de l'enfant et support au niveau des attitudes à adopter pour intégrer ce nouveau mandat (une famille d'accueil pouvait être très engagée avant et ressentir un désengagement après).

Caractéristiques de cette option :

Le placement à long terme en famille d'accueil doit présenter la caractéristique d'être le plus long possible, donc de persister jusqu'à la majorité de l'enfant. Il importe alors de bien identifier, articuler et convenir d'ententes claires où les responsabilités et leurs modalités d'exercice sont arrêtées et précisées. Cette option présente probablement le plus grand risque d'embûches en cours de route en raison de possibles changements dans la situation des parents d'accueil. Cependant, certaines situations n'ouvrent aucune avenue autre que celle-ci.

Éléments pouvant mener à cette option :

- ✓ Les parents sont incapables à long terme de répondre aux besoins essentiels de l'enfant, mais conservent une certaine forme d'engagement envers leur enfant;
- ✓ l'adoption ne peut être envisagée (âge de l'enfant, handicap important, motifs légaux ou cliniques);
- ✓ l'enfant ne veut pas être adopté (s'il est en âge de donner son opinion) ou l'adoption n'est pas dans son intérêt (ex : un changement vers un autre milieu de vie serait préjudiciable pour lui compte tenu des liens établis et de sa capacité d'attachement, ou une rupture avec les parents n'est pas souhaitable);
- ✓ la famille d'accueil est engagée vis-à-vis de l'enfant, mais elle ne veut pas l'adopter et l'enfant est investi dans cette famille au point de les considérer comme des parents ou lorsque l'enfant n'a plus la capacité de s'adapter à un changement.

Note : Les placements à long terme en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux sont le plus souvent liés à un handicap majeur de l'enfant. Les placements à long terme qui se font dans le contexte de cette loi impliquent que le parent est conscient de son incapacité à répondre adéquatement à l'ensemble des besoins de son enfant, mais qu'il continue à exercer certaines de ses responsabilités parentales tout en déléguant l'exercice de ces responsabilités eu égard aux soins quotidiens.

***Si l'orientation est un placement privé* :**

- Il ne doit pas y avoir d'éléments de compromission;
- il n'y a plus aucun objectif clinique à travailler;
- le parent est présent et veut le demeurer;
- le parent a une capacité financière pour continuer d'assumer le placement de son enfant;
- il doit y avoir une bonne entente entre le parent et la ressource;
- on précise les modalités de prise en charge avec le parent, en présence de tout le monde;
- modalité de paiement;
- rythme du paiement;
- montant;
- qu'est-ce qu'il va couvrir;
- on va faire préciser aux parents quels liens ils veulent maintenir avec leur enfant et quels responsabilités ils veulent conserver;
- l'orientation sera précisée à l'enfant;
- on va préciser l'échéance de la prise en charge du centre jeunesse.

Si l'orientation est un projet d'adoption **:**

- Référence au Service de l'adoption en vue du pairage;
- accompagnement de l'enfant dans le deuil du retour avec ses parents naturels et de ses parents substituts;
- accompagnement de l'enfant dans l'intégration progressive de sa nouvelle famille;
- reprécision des intentions des parents naturels de l'enfant afin de répondre à son besoin continu de vérification afin de le rassurer et permettre l'intégration du projet;
- accompagnement des parents pour éviter qu'ils reviennent sur leur décision (d'autant plus que l'enfant leur en donnera souvent l'occasion);
- travail conjoint avec l'intervenant au Service de l'adoption dans le but d'interpréter correctement à la famille adoptive les réactions de l'enfant qui peut vivre encore un conflit de loyauté.

Caractéristiques de cette option :

L'adoption paraît souvent de prime abord la solution idéale après celle du retour à la famille naturelle. Selon le code civil, l'adoption peut se réaliser soit par consentement ou soit par déclaration judiciaire d'admissibilité à l'adoption lorsque les parents n'ont pas assumé de fait le soin, l'entretien et l'éducation de leur enfant depuis au moins six mois, que l'improbabilité de retour avec les parents est démontrable et qu'il est dans l'intérêt de l'enfant d'être adopté.

On doit alors reconstituer l'histoire du parent avec son enfant, faire ressortir si la relation est parsemée de brisures de lien et évaluer le sens des contacts ou de la relation pour l'enfant.

Certes, cette orientation ne peut être réalisée que dans la mesure où il y a une famille adoptante. Cependant, elle n'est pas toujours réalisable ou souhaitable compte tenu des caractéristiques de l'enfant, de son histoire, des liens significatifs déjà créés, de la capacité de l'enfant à s'attacher à un nouveau milieu et compte tenu également des positions des personnes en cause, de leurs droits et de l'application des lois sociales. Néanmoins, là où elle s'avère une promesse de stabilité relationnelle et contextuelle, il ne faut pas hésiter à y recourir.

Il faudra cependant se préoccuper d'éléments dynamiques tels que : comment l'enfant départage-t-il sa réalité de ses fantaisies, comment maîtrise-t-il le deuil de ses parents naturels, quelle progression suit son intégration à la famille adoptante, comment intègre-t-il son passé à son présent ? En fait, il s'agira de s'assurer d'un pronostic de réussite favorable pour l'enfant.

Éléments pouvant mener à cette option :

- ✓ Il y a absence de contacts significatifs entre les parents et l'enfant depuis 6 mois ou plus;
- ✓ les parents n'exercent plus leurs responsabilités à l'endroit de leur enfant;
- ✓ il y a absence de projet concret et d'intention claire de la part des parents de reprendre leur enfant : le parent peut en exprimer le désir, mais ne pose aucun geste tangible à cet effet;
- ✓ l'improbabilité du retour avec les parents est démontrable et s'appuie sur des faits et non sur l'intention des parents;
- ✓ l'enfant est incapable de nouer avec ses parents des liens affectifs qui n'ont jamais été présents, ou de les renouer, compte tenu de la gravité de la blessure de séparation;
- ✓ l'enfant a tissé de nouveaux liens avec des figures parentales sûres et ces parents sont prêts à l'adopter ou, s'il n'y a pas de figures parentales déjà présentes, l'enfant est apte à établir de nouveaux liens et il y a une famille adoptante disponible à l'accueillir.

Note : Lorsque cette option retenue est présentée au tribunal, il est important de recueillir toutes les preuves pertinentes, particulièrement les opportunités offertes aux parents et qu'ils n'ont pas saisies.

Tableau 3

Processus clinique global en clarification de projet de vie

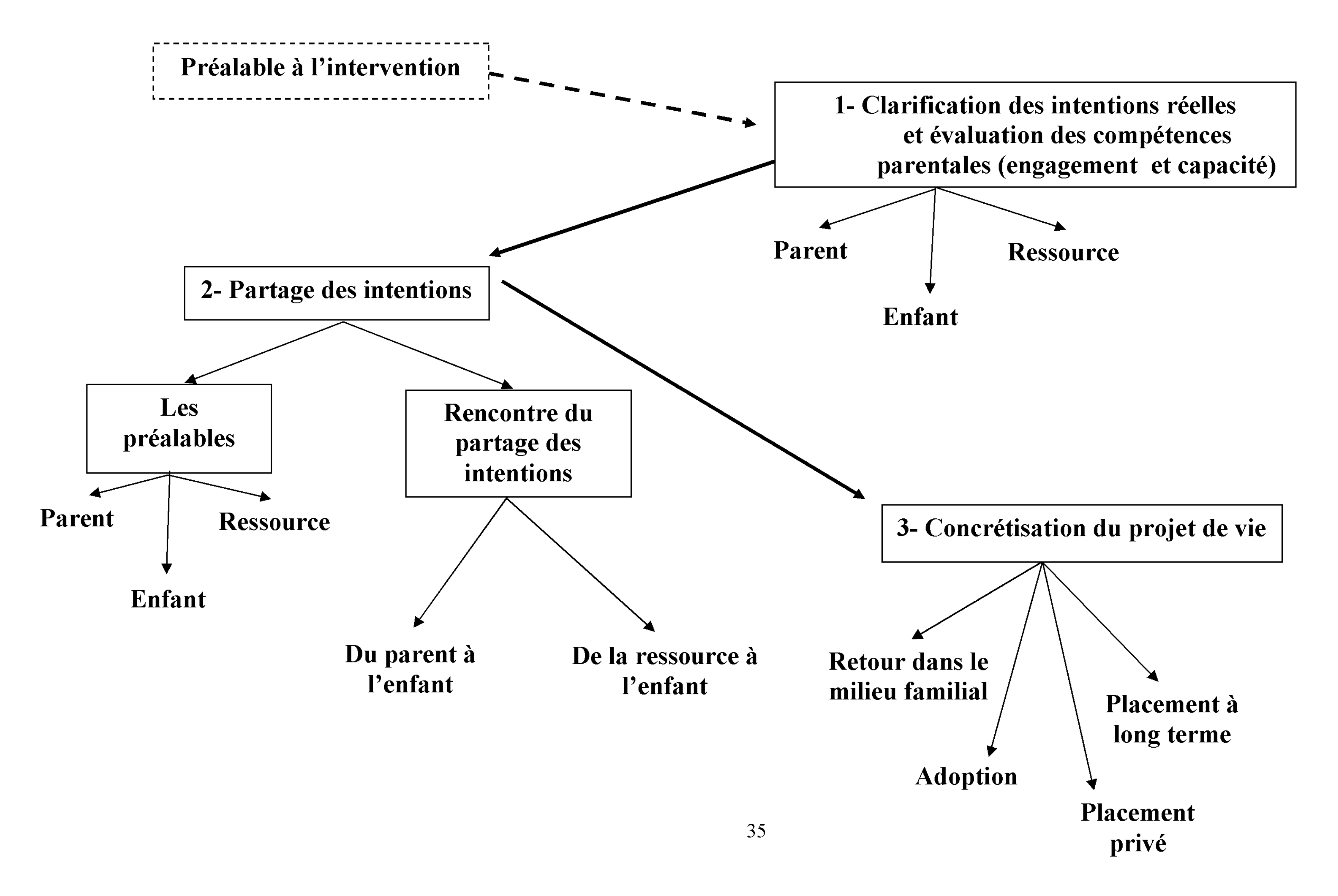


Tableau 4

Préalable à l'intervention

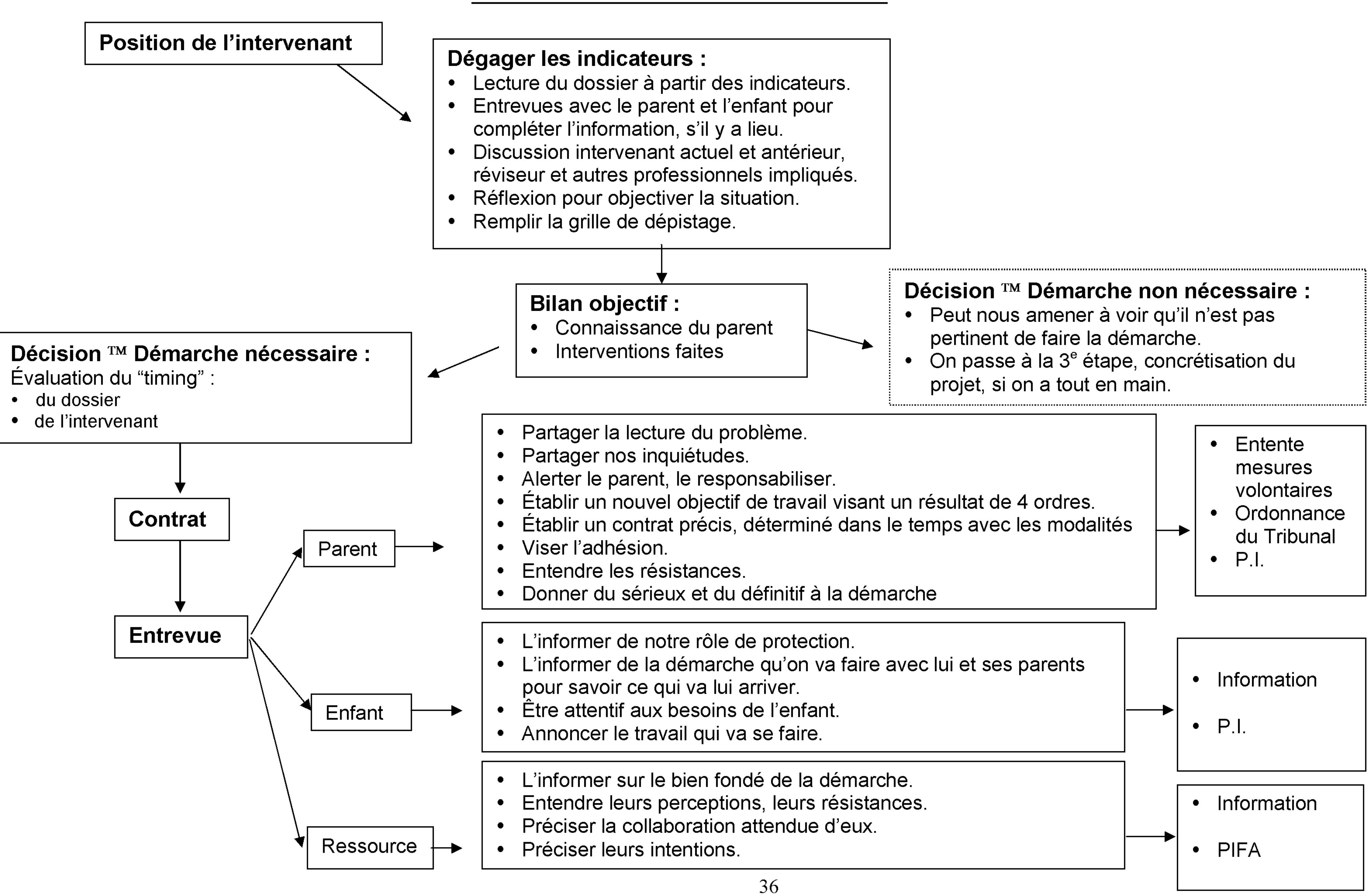


Tableau 5

Étape 1- Clarification des intentions réelles et évaluation des compétences parentales

Clarification des intentions du parent et de ses compétences parentales

- Son degré d'engagement.
- Ses compétences parentales, incluant les conditions de vie, à partir d'outils cliniques.
- Ses liens affectifs avec son enfant.
- Ses sentiments envers son enfant.
- Ses contacts maintenus.
- Son histoire de vie avec son enfant.
- Réflexion sur lui comme parent avec son enfant.
- Parent réel versus parent idéalisé.
- Le sensibiliser au vécu actuel de son enfant et à ses besoins.
- Le responsabiliser aux répercussions de la situation de placement.
- Regard réaliste sur sa situation.
- Ses projets futurs face à lui-même et en fonction de son enfant.
- Agir dans leur vie au lieu de réagir.
- Regard honnête sur leurs limites, leur vécu.
- Le supporter pour y arriver.
- Confrontation à la réalité, mais compassion à la personne.
- Anticiper l'impact des décisions prises.
- Lui permettre d'expérimenter une orientation.
- Démarche centrée dans le présent, basé sur la situation actuelle et les besoins de son enfant.
- Le prévenir contre des regrets futurs.
- Le déculpabiliser.
- Permettre de décider honnêtement.
- Le supporter face aux fortes pressions extérieures.
- Référence aux ressources d'aide.
- Conditions pour y arriver.

→

Moyens pour atteindre un résultat avec le parent :

- Ténacité.
- Intensité de l'intervention.
- Suivi de près, centré sur l'objectif final.
- Réduire l'écart entre le dire et le faire.
- Utiliser les partenaires.
- Utilisation d'outils cliniques : ICBE, Guide d'évaluation de la compétence parentale de Steinhauer, Q-Sort des comportements maternels, etc.
- Rapport de santé.

Tableau 6

Clarification des intentions réelles et évaluation des compétences parentales (suite)

Clarification des intentions de l'enfant

- Lui préciser notre rôle.
- Perception et connaissance de son histoire, de sa situation.
- Les motifs de son placement.
- Les motifs de maintien de son placement.
- Les questions qu'il se pose.
- Qui peut y répondre ?
- Ses demandes.
- Ce qu'il veut.
- Avec qui a-t-il des liens ?
- Ses personnes significatives.
- Se préoccuper du vécu de l'enfant, porter attention à ses réactions et les susciter.
- L'informer de ce qui va se passer.
- L'impliquer tout au long de la démarche.
- Le préparer à ce qu'il va devoir vivre.
- Le supporter et lui garantir qu'on va le protéger et surveiller ce qui va se passer.
- Viser le meilleur intérêt de l'enfant en cause.

Moyens pour atteindre un résultat avec l'enfant :

- Le livre de vie.
- «Frigolo le robot».
- Le jeu (marionnettes, personnages, toutous, maisons, etc.).
- Dessins.
- Observations directes lors des contacts parents–enfants.

Tableau 7

Clarification des intentions réelles et évaluation des compétences parentales (suite)

Clarification des intentions de la ressource

↓

- Chercher leur adhésion et les impliquer dans la démarche.
- Leur expliquer le bien-fondé de la démarche et faire de fréquents rappels.
- Évaluer les liens qu'il ont créés avec l'enfant.
- Cerner leur engagement envers l'enfant.
- Clarifier leurs intentions envers l'enfant.
- Comment se situe-t-elle face à l'enfant ?
- Comment vit-elle son mandat de famille d'accueil ?
- Si nécessaire, recadrer la famille d'accueil dans son mandat.
- Les impliquer dans la préparation de l'enfant.
- Les prévenir des réactions possibles de l'enfant et de leurs propres réactions, tout en décodant les messages.
- Les supporter face aux réactions de l'enfant et à leurs propres réactions.
- Leur préciser la collaboration attendue.
- Les informer régulièrement sur l'évolution de la démarche.
- Les amener, parfois, à accepter la coparentalité avec le parent dans le plan d'intervention.
- Les aider à savoir comment réagir face aux réactions de l'enfant par rapport à leurs inquiétudes et à leurs émotions.
- Voir avec eux ce qu'ils vont faire, s'il y a départ de l'enfant.
- Préciser les contacts futurs qu'ils désirent conserver avec l'enfant.
- Amener la ressource à collaborer à l'intégration progressive de l'enfant, afin de bien le préparer.

- N.B. : La famille d'accueil est un collaborateur précieux dans ce processus

Tableau 8

Fin de la clarification des intentions

Le parent a pris une décision éclairée et l'intervenant est d'accord (capacité et engagement)

Le parent envisage un projet avec lequel l'intervenant est en désaccord (incapacité ou refus de s'engager auprès de l'enfant)

L'intervenant sera capable de :

- Démontrer l'incapacité parentale.
- Démontrer le désengagement parental.
- Démontrer l'intérêt de l'enfant d'avoir un projet de vie différent de ce que veut son parent.

Tableau 9

Étape 2- Le partage des intentions (résumé)

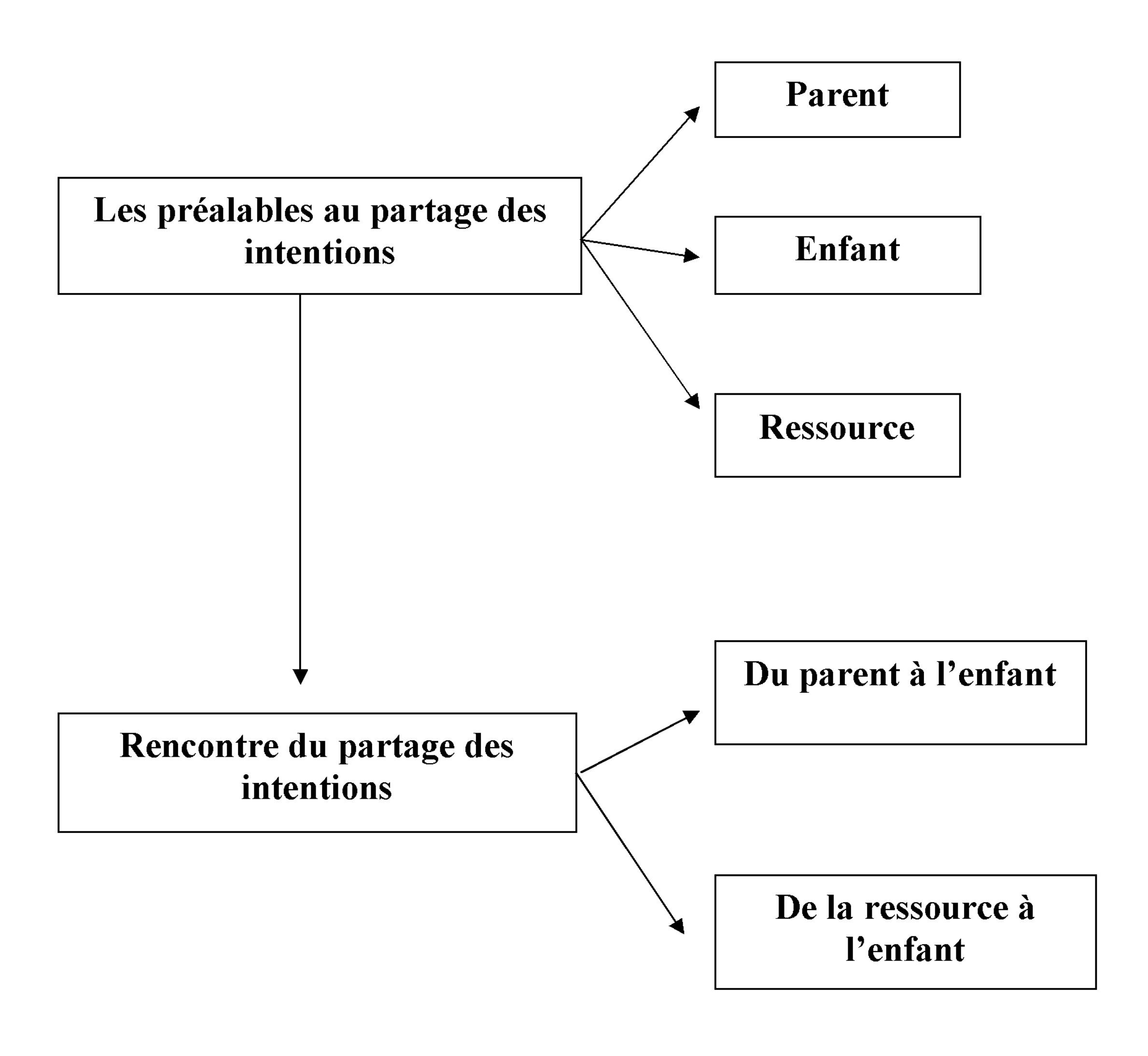


Tableau 10

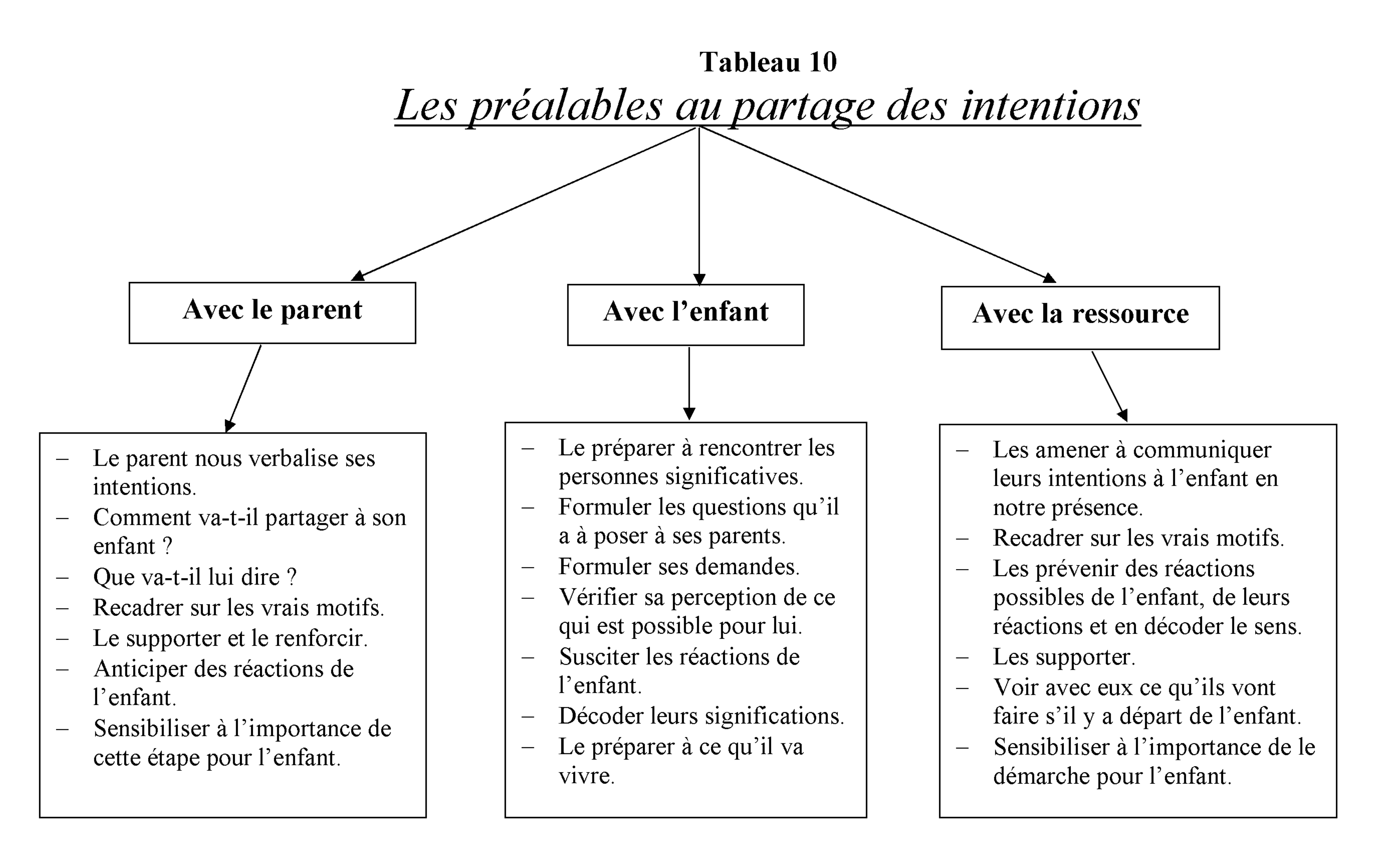
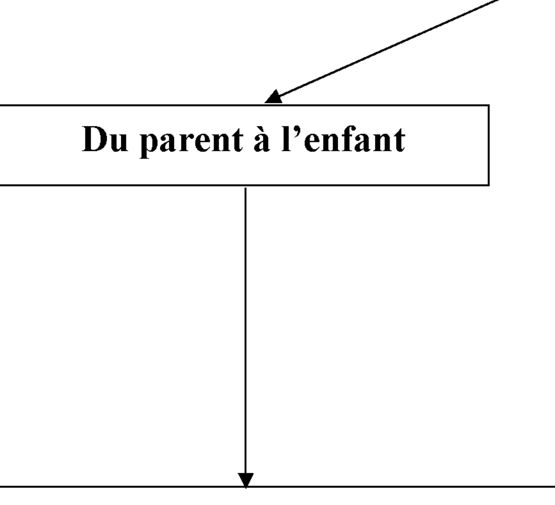

Les préalables au partage des intentions
Avec le parent
Avec l'enfant
Avec la ressource
– Le parent nous verbalise ses intentions.
– Comment va-t-il partager à son enfant ?
– Que va-t-il lui dire ?
– Recadrer sur les vrais motifs.
– Le supporter et le renforcir.
– Anticiper des réactions de l'enfant.
– Sensibiliser à l'importance de cette étape pour l'enfant.
– Le préparer à rencontrer les personnes significatives.
– Formuler les questions qu'il a à poser à ses parents.
– Formuler ses demandes.
– Vérifier sa perception de ce qui est possible pour lui.
– Susciter les réactions de l'enfant.
– Décoder leurs significations.
– Le préparer à ce qu'il va vivre.
– Les amener à communiquer leurs intentions à l'enfant en notre présence.
– Recadrer sur les vrais motifs.
– Les prévenir des réactions possibles de l'enfant, de leurs réactions et en décoder le sens.
– Les supporter.
– Voir avec eux ce qu'ils vont faire s'il y a départ de l'enfant.
– Sensibiliser à l'importance de le démarche pour l'enfant.

Tableau 11

Rencontre du partage des intentions



De la ressource à l'enfant

- Il communique à l'enfant la décision qu'il a prise.
- Il précise toute forme de contacts futurs.
- Il définit l'avenir de leur relation.
- Il communique à l'enfant les vrais motifs qui l'ont amené à prendre cette décision.
- L'enfant pose ses questions à son parent.
- L'enfant lui formule ses demandes.
- Aider l'enfant à réajuster ses demandes en fonction de la décision du parent.

- On précise l'orientation.
- La famille d'accueil lui verbalise ses intentions.
- La famille d'accueil lui communique les motifs de sa décision.
- La famille d'accueil lui précise l'avenir de leur relation.

Tableau 12

Étape 3- Concrétisation du projet de vie

Maintien ou retour dans le milieu familial

- Prévoir un plan de réintégration précis et déterminé dans le temps.
- Prévoir un encadrement des contacts.
- Faire vivre du quotidien entre l'enfant et son parent.
- Mesurer le degré d'engagement du parent.
- Évaluer les capacités parentales du parent.
- Retour après chaque sorties auprès de chacune des parties.
- Renforcir le degré d'engagement ou d'attachement et l'exercice des responsabilités parentales.

Le placement à long terme

- Définir le plan de travail à venir.
- Définir les objectifs d'intervention.
- Définir la responsabilité du Centre jeunesse.
- Définir les modalités et les responsabilités des parties impliquées.
- Définir un plan de contacts enfant-famille naturelle.
- Accompagnement de l'enfant face au deuil d'une vie commune avec son parent.
- Vigilance quant à l'intégration par la F.A. du nouveau mandat.

Le placement privé

- Préciser les modalités de prise en charge.
- Modalités de paiement : rythme.
- Montant.
- Qu'est-ce que ça couvrira ?
- Préciser les liens que le parent désire maintenir avec son enfant.
- Préciser les responsabilités que le parent va conserver.
- L'orientation va être précisée à l'enfant.
- Préciser l'échéance de la prise en charge du Centre jeunesse.

L'adoption

Voir tableau 13

Tableau 13

L'adoption

Référer la situation au service d'adoption

- Effectuer le pairage.
- Leur présenter l'enfant.
- Leur préciser où en est rendu l'enfant face à l'acceptation de sa situation.
- Leur préciser le travail qui a été fait avec l'enfant et le parent.
- Travailler conjointement avec l'intervenant social du service adoption pour interpréter les réactions du jeune.

Accompagnement de l'enfant

- Face au deuil de ses parents.
- Face à l'intégration dans la nouvelle famille adoptive.
- Rappeler à l'enfant les intentions de son parent.
- Aider l'enfant à s'adapter à sa nouvelle situation.
- Aider l'enfant à s'enraciner dans sa nouvelle famille.

Accompagnement du parent

- Pour éviter qu'il revienne sur sa décision.
- Face au deuil de son enfant.

Processus légal

Consentement général à l'adoption ou déclaration judiciaire d'admissibilité à l'adoption.

Démontrer l'abandon

- Absence de contacts significatifs pendant au moins 6 mois.
- Reconstituer l'histoire du parent avec son enfant.
- Évaluer le sens des contacts pour l'enfant.

Démontrer l'improbabilité du retour de l'enfant avec son parent

- Démontrer les incapacités parentales.
- Démontrer l'incapacité de l'enfant de recevoir de son parent.
- L'enfant veut-il des contacts ?
- Comment l'enfant réagit-il aux contacts ?

Démontrer l'intérêt de l'enfant

- Y a-t-il une famille adoptive pour l'enfant?

SECTION 5

LES OUTILS CLINIQUES

Implanter un processus d'intervention nécessite l'utilisation d'outils cliniques. En effet, afin d'accroître la vigueur au niveau des interventions dans le cadre de la clarification de « projet de vie », certaines grilles et certains instruments s'avèrent des plus pertinents et leur utilisation systématique est requise, selon les étapes du processus.

En plus de ceux déjà identifiés, soit la grille de dépistage des situations à risque de délaissement ou d'abandon pour les enfants, l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales (ICBE validation québécoise), le guide d'évaluation des compétences parentales (Steinhauer et al., 1993), le Q-Sort des comportements maternels de Pederson et Moran (1990), Frigolo le Robot, le Livre de vie, d'autres instrumentations complémentaires seront développées ultérieurement pour les intégrer à ce processus d'intervention.

Notons enfin qu'une évaluation psychologique n'a pas comme objectif de déterminer les capacités parentales du parent, mais plutôt de mieux documenter (au besoin) les ressources dont dispose le parent et son potentiel personnel (ex. : potentiel de changement, etc.).

GRILLE DE DÉPISTAGE DES SITUATIONS À RISQUE DE DÉLAISSEMENT OU D'ABANDON

Cette grille est un outil de dépistage des situations à risque de délaissement ou d'abandon pour les enfants. Elle est le produit d'une mise en commun de deux grilles de dépistage[10] auxquelles ont été apportées certaines modifications. Elle comporte quatre sections : **historique du placement**, **portrait de la situation familiale** pouvant affecter la gravité du risque, **capacité de prendre soin** de l'enfant et **engagement d'en prendre soin.**

Cette grille est un support au jugement clinique, un outil destiné à systématiser la réflexion sur un cas. Il est important d'interpréter les facteurs identifiés comme des signaux d'alarme destinés à permettre de repérer le plus rapidement possible les cas éventuellement à risque. Ces cas devront faire l'objet d'une évaluation en profondeur qui, seule, permet d'apprécier la situation. Enfin, il ne faut pas oublier que c'est le cumul des facteurs qui constitue un risque de délaissement ou d'abandon. La grille (formulaire #F2421-133-0210-DSQSM) est disponible sous forme 8½x14, et doit être déposée au dossier de l'usager une fois complétée.

Nom de l'enfant :		Cadre légal : LPJ Vol. ☐ LPJ Jud. ☐ LSSSS ☐
No d'usager :	Date de naissance :	Âge (au moment où la grille est complétée)

1. Historique du placement

L'enfant n'est pas placé ☐	Si l'enfant est placé, date du début du placement actuel : / /
Date du 1er placement : / /	Âge de l'enfant lors du 1er placement :

Placements : Famille d'accueil = FA Centre de réadaptation = CR	Type	Durée	Âge
1er placement			
2e placement			
3e placement			
4e placement			
5e placement			
Total			

L'enfant a t-il eu des placements privés, c'est-à-dire un placement dans la famille élargie ou chez une connaissance, et ce, pour une période de temps suffisamment longue (exclu par exemple, la garde de l'enfant pendant une période de vacances ou une fin de semaine) :	Oui ☐ Non ☐	nombre des placements privés : durée des placements privés :

Tentatives de réinsertions familiales	Durée	Cause de l'échec
1		
2		
3		
4		

[10] La *Grille de dépistage du risque d'abandon ou du délaissement de l'enfant* produite par les Centres jeunesse de Québec et la *Grille d'indicateurs du risque d'abandon* produite en 1991 par Geneviève Turcotte, chercheure aux Centres jeunesse de Montréal.

Total		

2. Situation familiale

Parents

Nom de la mère :	
Âge (environ) :	
Présente dans la vie de l'enfant	☐
Occasionnellement présente dans la vie de l'enfant	☐
Absente de la vie de l'enfant	☐
Inconnue	☐
Décédée	☐
Déchéance parentale	☐

Nom du père :	
Âge (environ) :	
Présent dans la vie de l'enfant	☐
Occasionnellement présent dans la vie de l'enfant	☐
Absent de la vie de l'enfant	☐
Inconnu	☐
Décédé	☐
Déchéance parentale	☐

Contexte familial de l'enfant

Vie commune des parents biologiques ☐ Garde partagée ☐ Mère ou père avec conjoint (depuis plus de 1 an) ☐ Mère ou père avec conjoint (depuis moins de 1 an) ☐ Mère ou père vit généralement seul(e) ☐		Nombre de frères et sœurs qui sont placés ou ont déjà été placés : par les centres jeunesse _____ en placements privés _____ confiés à l'adoption _____
Nombre de frères et soeurs	Rang	Tuteur (s'il y a lieu) :

3. Capacité de prendre soin de l'enfant

Facteurs de risque associés aux problématiques chez les parents

Problème	Mère	Père	Cotation (ne rien inscrire si le père ou la mère sont absents dans la vie de l'enfant)
Problèmes de santé mentale et antécédents psychiatriques			0. Pas de problème. 1. Problème sérieux, mais contrôlé par médication ou épisodique. 2. Problème identifié comme majeur, permanent ou récurrent. Il exige un suivi médical à long terme.
Autonomie fonctionnelle (capacité à assumer les besoins quotidiens : physiques, alimentaires, vestimentaires, hygiéniques).			0. Autonomie. 1. Autonomie limitée pouvant nécessiter un support lors de crises ou de difficultés. 2. Déficit important dans l'autonomie fonctionnelle nécessitant une prise en charge partielle (avec supervision) ou permanente.
Toxicomanie (consommation régulière et abusive d'alcool, de drogues ou de médicaments).			0. Consommation occasionnelle : ne présente pas de dangers pour l'enfant 1. Il y a une habitude et un plaisir à consommer, mais il y a peu ou pas tendance à augmenter les doses. Une certaine dépendance psychique, mais pas de dépendance physique. La consommation est régulière ou sporadique, mais les abus ne semblent pas excessifs. La personne peut généralement accomplir ses rôles sociaux et parentaux, mais il se produit parfois des écarts de conduite dangereux pour l'enfant. 2. Consommation chronique avec une dépendance d'ordre physique et généralement d'ordre psychologique. Des effets nuisibles à l'individu et à la société et qui rendent le parent généralement non fonctionnel au travail ou dans l'accomplissement des tâches parentales.
Limite intellectuelle et sociale.			0. Aucune limite observée. 1. Le parent a besoin d'un environnement ou d'un support spécialisé pour mieux remplir certains rôles. Le parent peut être attentif à l'enfant sans toutefois être efficace dans la réponse aux besoins de celui-ci. 2. Le parent démontre une incapacité de fonctionner dans un ou plusieurs de ses rôles majeurs en raison d'une limite intellectuelle (trouble de jugement, d'apprentissage, d'adaptation). Il est incapable d'anticiper ou reconnaître les besoins de l'enfant.

Immaturité			0. Absence de problème. Trouve de la satisfaction dans son rôle de parent 1. Le parent est capable occasionnellement de reconnaître ses émotions et celles des autres, mais il a plutôt tendance à fuir ou à se protéger. Il a tendance à fuir les responsabilités non valorisantes ou trop exigeantes. 2. Le parent tolère peu ou aucunement les frustrations, nie ses émotions, ne reconnaît pas les besoins des autres, particulièrement ceux de son enfant. Il est très instable et ses réactions sont imprévisibles. Il recherche constamment les gratifications auprès des autres et de son enfant. Il ne reconnaît jamais ses responsabilités.
Parent ayant un mode de vie inapproprié (criminalité, violence conjugale, instabilité domiciliaire, immaturité, désorganisé ou promiscuité sexuelle).			0. Pas de problèmes dans le mode de vie. 1. Le parent a des écarts de conduites occasionnelles qui mettent parfois son enfant dans des situations à risque. 2. Le parent a un mode de vie qui expose fréquemment son enfant à des risques pour son développement physique, moral ou psychologique.
Total :			

Facteurs de risque associés à l'attitude des parents face aux difficultés de l'enfant

Problèmes	Mère	Père	Cotation
Face à la maladie physique chronique ou handicap physique de l'enfant…			0. Le parent reconnaît le problème de l'enfant et supporte l'enfant dans ses difficultés. 1. Le parent reconnaît plus ou moins les difficultés, il a des réserves, mais il n'est pas ouvertement rejetant ou hostile. 2. Le parent ne reconnaît pas les difficultés de l'enfant, ne s'en occupe pas ou est ouvertement rejetant. 99. Ne s'applique pas. L'enfant n'a pas ce problème. NB : (ne rien inscrire si le parent est absent dans la vie de l'enfant)
Face à l'hospitalisation précoce par naissance prématurée ou autre…			
Face au retard du développement : trouble du langage, problème d'autonomie fonctionnelle, problème de motricité…			
Face au problème d'apprentissage spécifique			
Face au problème émotionnel : hyperactivité, trouble de l'humeur (dépression), troubles anxieux (angoisse, phobies) énurésie, encoprésie, troubles alimentaires…			
Face aux problèmes de conduite de l'enfant : conduites extériorisées (agressivité, morsures, coups, colères, cris, pleurs, opposition) ou conduites intériorisées (retrait, isolement, difficulté d'affirmation et d'expression des besoins)…			
Total (ne pas additionner les 99)			

Facteurs de risque associés à la réponse des parents aux besoins de l'enfant

Problèmes	Mère	Père	Cotation
Non-engagement du parent à répondre aux besoins physiques de l'enfant… l'enfant vivant avec son parent			0. Absence de problème. 1. Le parent est conscient, mais fait preuve de négligence, soit en retardant ou en minimisant la réponse à ceux-ci. 2. Le parent est plus ou moins conscient et peu préoccupé par les besoins de l'enfant et il y répond de façon très inappropriée. 99. Ne s'applique pas. NB : (ne rien inscrire si le parent est absent dans la vie de l'enfant)
Non-engagement du parent à répondre aux besoins physiques de l'enfant… l'enfant étant placé			
Non-engagement du parent à répondre aux besoins psychoaffectifs de l'enfant vivant avec son parent			
Non-engagement du parent à répondre aux besoins psychoaffectifs de l'enfant… l'enfant étant placé			
Total (ne pas additionner les 99)			

4. Engagement à prendre soin de l'enfant

Indicateurs de risque antérieurs au placement

	Mère		Père	
	Oui	Non	Oui	Non
Histoire de rejet, de placements et de délaissement dans la vie du ou des parents	1	0	1	0
Antécédents de placements et de délaissement dans la fratrie de l'enfant étudié	1	0	1	0
Projet explicite de se faire avorter ou de faire adopter l'enfant, non réalisé.	1	0	1	0
Problème d'adaptation à la situation de grossesse chez la mère (absence ou rareté du suivi médical pendant la grossesse; refus des changements physiques; refus d'apporter des changements dans le mode de vie; absence de préparatifs pour accueillir l'enfant).	1	0	1	0
Comportement de rejet ouvert à l'égard de l'enfant dès la petite enfance (parents ignorent l'enfant, sont insensibles à ses interactions, cherchent à éviter les contacts physiques, n'en parlent qu'en termes négatifs, le considèrent comme un poids dans leur vie).	2	0	2	0
Discontinuité dans la présence du ou des parents auprès de l'enfant, dès la petite enfance (ruptures non préparées avec retours : habitude répétée de confier l'enfant à des parents, amis, voisins, sans préparation et pour des périodes plus longues que prévues).	2	0	2	0
Total :				

Indicateurs de risque reliés au placement actuel

	Mère		Père	
	Oui	Non	Oui	Non
Projet concret de retour chez les parents ?				
Projet de placement à long terme envisagé ?				
Depuis le placement, le parent a-t-il modifié son style de vie afin de pouvoir reprendre son enfant ?				
L'enfant a-t-il eu des contacts avec ses parents dans la dernière année ?				

Nature des contacts	Qualité des contacts :	Indiquer la fréquence	
✓ Téléphone			
✓ Cadeau			
✓ Visite à la maison			
✓ Contact supervisé			
✓ Sortie			

Réactions de l'enfant face à ses parents 0. Absence de problème. 1. L'enfant accepte les contacts avec son parent, s'il y est encouragé et sans toutefois s'engager plus à fond ou tenir compte de ses besoins. 2. L'enfant refuse ou ne manifeste pas le désir de voir son parent, soit par crainte ou par manque d'attachement envers lui.		

« LE LIVRE DE VIE » :

Technique d'intervention auprès des enfants en besoin d'aide[11]

Clientèle-cible :

- enfant 4 ans et plus
- avec des difficultés d'adaptation
- perturbé dans ses relations familiales
- ayant vécu des coupures dans les liens affectifs
- en déséquilibre à cause des changements majeurs qui surviennent dans sa vie

Nombre de rencontres :

- 6 à 10 environ

Fréquence :

- régulière hebdomadaire

Durée :

- ¼ ou ½ heure, selon les capacités de l'enfant (âge) et les thèmes abordés

Thèmes (séquences) :

- à chacune des rencontres, avec des objectifs précis

Matériel :

- recueil d'images, de photos, de faits, de réflexions, etc., que l'enfant collige avec l'intervenant (scrap book, feuilles détachées, journal, etc…)
- possibilité d'y associer le parent selon les thèmes

Principes :

- permettre à l'enfant de connaître et de faire sien ce qui a marqué son passé, les problèmes qui sont à l'origine de l'intervention
- permettre à l'intervenant d'aborder honnêtement avec l'enfant les événements qui ont marqué sa vie et de clarifier ses préoccupations et ses sentiments engendrés par sa situation

Préalables :

- l'intervenant doit posséder « intérieurement » le maximum de données (faits, dates, événements, climat émotif) qui ont marqué l'existence de l'enfant
- il doit lire et posséder le dossier en fonction des besoins et des intérêts de l'enfant et faire des recherches pour compléter son information.

[11] Source : *Le livre de vie*, technique d'intervention auprès d'enfants en besoin d'aide, Sorriaux M., Gagnon D., juillet 1991 (CJ Montérégie), 12 pages.

FRIGOLO LE ROBOT[12]

Clientèle-cible :	☞	enfant de 8 à 12 ans
Nombre de rencontres :	☞	6 à 10 environ
Fréquence :	☞	intervalle d'une semaine
Durée :	☞	½ heure par rencontre
Matériel :	☞	bandes dessinées, livre de vie et manuel de l'intervenant
Thèmes (séquences) :	☞	à chacune des rencontres, avec des objectifs précis
Principes :	☞	permettre à l'enfant de prendre contact avec lui-même et l'amener à participer activement à son propre projet de vie
	☞	permettre à l'intervenant de mieux connaître l'enfant dans son entité afin de répondre adéquatement aux besoins intrinsèques et individuels de ce dernier
Préalables :	☞	l'intervenant est en mesure de faire le lien entre le passé et le présent de l'enfant
	☞	convaincu du droit de l'enfant de connaître et comprendre son vécu afin de mieux l'assumer
	☞	convaincu du droit de l'enfant à participer par la suite à son propre projet de vie

12 Source : *Frigolo le Robot*, Manuel de l'intervenant, Centre de services sociaux de Québec, janvier 1989, 20 pages.

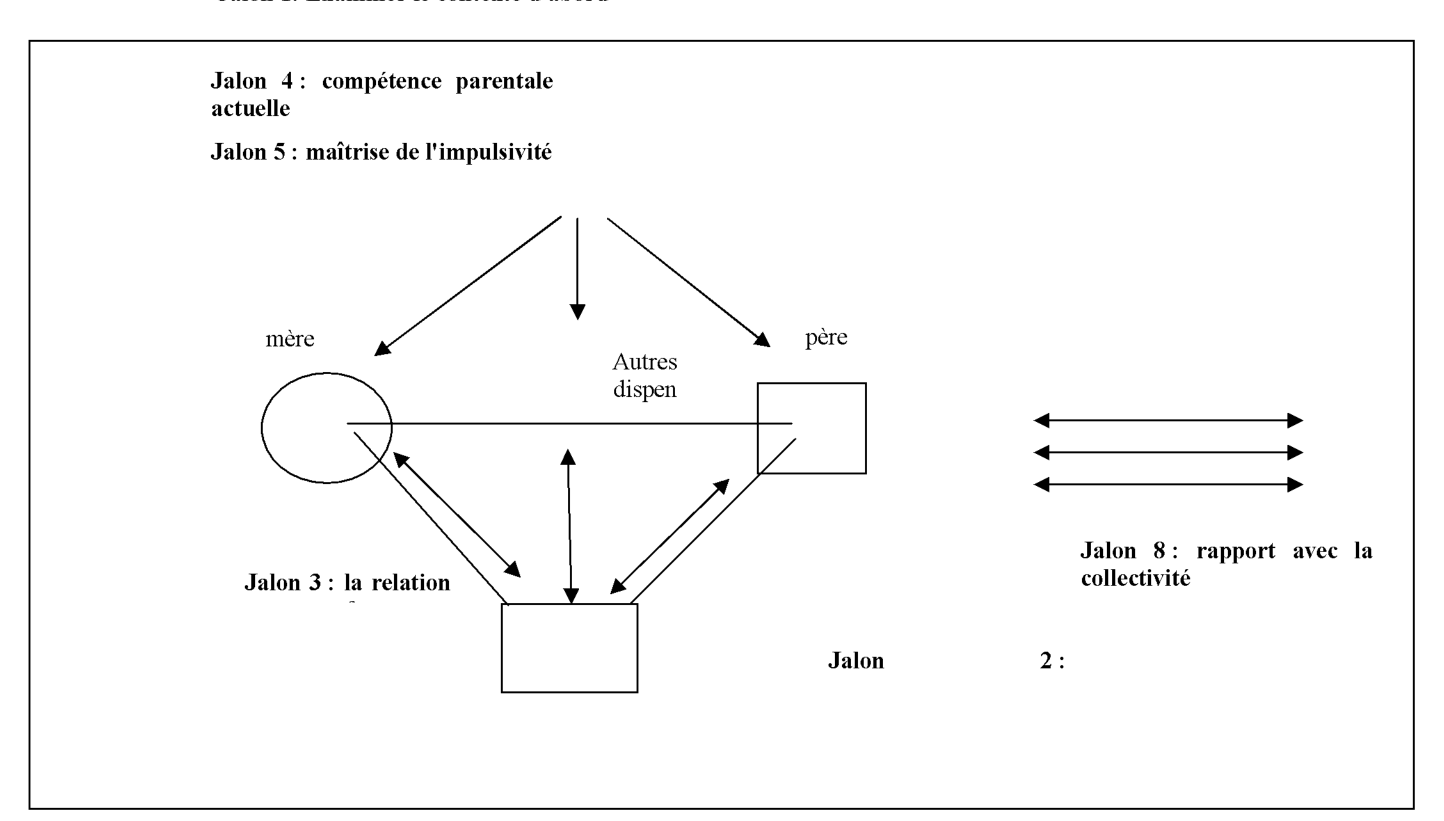
GUIDE D'ÉVALUATION DE LA COMPÉTENCE PARENTALE[13]

Ce texte décrit sommairement le guide d'évaluation de la compétence parentale de Steinhauer.[14] L'intervenant, une fois la formation reçue, devrait se référer à l'ensemble du guide pour le compléter de façon rigoureuse.

Choix des jalons

Le guide d'évaluation de la compétence parentale comprend neuf angles de prise, appelés « jalons ». Il importe au plus haut point de comprendre la logique d'ensemble, puisque les informations sur chacun des jalons n'ont de sens qu'en relation avec cette logique d'ensemble que le tableau qui suit devrait aider à comprendre ?

Jalon 1: Examiner le contexte d'abord



[13] Info-Recherche, CJBSL, 1997-06-18, bulletin publié par les services professionnels.
[14] Voir bibliographie.

Chaque jalon vise à faciliter le jugement sur une des dimensions de la capacité parentale. Il n'est pas toujours nécessaire d'utiliser l'ensemble des jalons. Par exemple, s'il existe dans le dossier une évaluation récente du développement de l'enfant, il est inutile d'utiliser le jalon 2. Si la réponse à l'un des jalons est évidente et peut être aisément étayée, pourquoi utiliser un instrument particulier ! Certains jalons peuvent aussi être peu pertinents à la situation.

Par ailleurs, plusieurs jalons comportent des parties qui s'appliquent selon un critère d'âge, il importe donc d'utiliser uniquement les parties appropriées.

Chaque réponse à ces questions suppose un jugement professionnel à la fois très difficile et très périlleuse (une erreur dans un sens comme dans l'autre peut avoir des conséquences extrêmement graves pour l'enfant et sa famille). Un tel jugement ne peut se prendre qu'en collégialité et doit être supporté par une instrumentation qui facilite l'objectivité.

D'autre part, pour établir un plan d'intervention précis, axé sur des priorités bien définies, il est nécessaire de définir les points forts et les points faibles de la famille.

Le guide a été constitué pour assister les professionnels au niveau de ces deux objectifs.

Comme il s'agit essentiellement de jugements professionnels, jamais le guide ne doit se substituer à la compétence et à l'expérience. Il permet simplement de recueillir et d'organiser l'information.

À ce titre, le guide peut être extrêmement précieux, surtout dans les situations suivantes :

- l'enfant a entre 0 et 7 ans;
- il s'agit d'une situation lourde et complexe;
- il y a des risques importants de « chronicité » ou de dérapage de l'intervention;
- l'orientation devra être débattue très rigoureusement devant les tribunaux.

L'outil ne vise donc pas uniquement à trancher entre les trois catégories de famille; il permet d'identifier très précisément les cibles d'intervention. Un plan d'intervention aussi rigoureux est gagnant à tous coups. Il peut dénouer le problème et d'une certaine façon, s'il échoue, c'est aussi une réussite puisqu'il est alors possible de démontrer devant le tribunal la nécessité d'opter pour une autre orientation.

Pour les intervenants sociaux qui utilisent la « cartographie » (génogramme, sociogramme, histoire sociale, analyse de la dynamique familiale, analyse des dynamiques intrapsychiques), l'instrument leur permettra d'asseoir et de valider leur perception.

Aux utilisateurs de l'ICBE, il permettra de mettre en perspective leur jugement en ajoutant un axe temporel et une dimension dynamique.

Si la démarche peut paraître lourde et ardue, il faut se rappeler qu'elle s'applique aux situations particulièrement difficiles où une décision peut faire toute la différence entre une vie de souffrance et une vie d'épanouissement. Si un seul dérapage sur dix était évité, la démarche serait déjà hautement économique.

CONSIGNES PROPRES À CHACUN DES JALONS

Note générale : Dans la majorité des familles, l'un des parents joue particulièrement le rôle de dispensateur de soins. Dans les questionnaires, lorsque l'on identifie spécifiquement le « principal dispensateur de soins », c'est de ce parent dont il s'agit. Lorsque l'on parle généralement d'un dispensateur de soins, on réfère à toute personne qui donne régulièrement des soins à l'enfant (par exemple : le conjoint, la gardienne, la grand-mère, une grande sœur ou un grand frère).

JALON 1 : CONTEXTE

Les deux questionnaires de ce jalon proposent des questions à discuter avec la famille.

Partie A : Dimension ethnique et culturelle

Le fait d'avoir été déraciné d'un milieu culturel à un autre suppose une adaptation qui exige du temps et de la communication avec la communauté. De plus, les modèles éducatifs sont reliés à des cultures. Si cela ne justifie pas tous les comportements éducatifs, on doit tenir compte des valeurs du groupe d'appartenance de la famille. La partie A vise simplement à recueillir l'information pertinente pour situer dans son contexte l'évaluation de la capacité parentale.

Partie B : Dimension stress

L'accumulation de stress peut affecter les capacités parentales, surtout chez les familles plutôt rigides dans leur modèle adaptatif. Le questionnaire fournit une liste de situations habituellement stressantes. La présence d'un stresseur important ou une accumulation de plusieurs stress moins importants pourrait expliquer en partie certaines des difficultés de la famille. Si c'était le cas, il serait nécessaire de travailler sur les capacités d'adaptation de la famille.

Quoi qu'il en soit, la présence de stress vient moduler l'ensemble de l'évaluation des capacités parentales. Les capacités parentales pourraient être simplement inhibées par le stress. Exemple : le père est mis à pied; dans un moment de crise, il frappe un enfant. Il n'arrive plus à résoudre les conflits familiaux comme il le faisait auparavant. Deux mois plus tard, il trouve un emploi. La situation se replace et tout va bien. Si l'évaluation se fait durant la période de chômage, l'ensemble des résultats peut être affecté par la situation transitoire et ne rend pas justice à la famille.

JALON 2 : DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

La question essentielle est ici de savoir si les difficultés de la famille ont eu un impact sur le développement de l'enfant. La question est d'autant plus importante qu'un des mandats propres à la Loi sur la protection de la jeunesse est d'assurer le développement de l'enfant. Cependant, cette question présente une grande difficulté.

L'instrumentation proposée par l'équipe de Steinhauer veut aider le professionnel, non pas à répondre définitivement à cette question (qui dépasse ses compétences), mais à se faire une

hypothèse sur des retards possibles. S'il soupçonne qu'il y a peut-être retard et que ce retard pourrait être dû aux difficultés familiales, il devra probablement faire appel à une expertise plus spécialisée pour conclure (psychologie de la petite enfance, pédiatrie ou pédopsychiatrie).

Il ne suffit pas non plus d'établir le degré du retard, il faut arriver à faire le lien entre ce retard et les difficultés familiales. Si l'on soupçonne que le retard est peut-être causé par une déficience intellectuelle (culturelle ou biologique), il faut référer à des spécialistes des centres de réadaptation en déficience intellectuelle.

Pour obtenir des résultats valides au sujet du développement de l'enfant, il est essentiel de recueillir des observations à plusieurs moments avant le placement, dans le milieu naturel de l'enfant. Cela permet de déterminer un point de départ. On peut par la suite refaire une évaluation lorsque l'enfant est placé en famille d'accueil depuis un certain temps (après la période d'adaptation), et ce, afin de vérifier si son développement s'améliore ou régresse.

Seule une personne qui connaît bien les nourrissons et les petits enfants peut utiliser l'instrument proposé avec une bonne probabilité de validité. Il faut être capable de vérifier, à chaque instant, si l'enfant est troublé ou non par quelque chose. Les petits enfants peuvent passer d'un état émotif à un autre en quelques instants et s'ils ne sont pas dans un certain état de confort, les données ne sont pas valides. Elles ne font que refléter un malaise momentané.

Steinhauer ne fournit que l'instrument (partie A) applicable aux nourrissons de moins de 2 ans. Pour les enfants plus vieux, ceux de 2 à 6 ans, il faut référer à une instrumentation plus complexe.

JALON 3 : RELATION ENTRE L'ENFANT ET LE PARENT

L'interaction à évaluer ici concerne l'enfant, le parent qui dispense les principaux soins à l'enfant et les autres dispensateurs de soins importants.

Partie A

La question est de savoir si la relation entre l'enfant et le parent est sécurisante ou angoissante, c'est-à-dire de type évitant, résistant ou désorganisé (voir *Info-recherche* du 9 septembre 1996). Lorsque la relation n'est pas de type « sécurisante », on peut faire l'hypothèse qu'il y a un trouble d'attachement important et que cela pourrait nuire gravement au développement de l'enfant. Si c'est le cas, le plan d'intervention devrait comprendre des objectifs liés à cette cible d'intervention. S'il n'est pas possible à court terme de rétablir l'attachement entre l'enfant et son parent, on est dans l'obligation de trouver une voie de secours pour l'enfant. Un petit enfant ne peut survivre longtemps dans une relation dangereusement distortionnée.

L'instrument ne vise, encore là, qu'à établir une hypothèse consistante. Il ne s'agit pas d'un questionnaire validé permettant de conclure, mais d'une assistance pour cueillir l'information et surtout l'organiser de façon cohérente.

On ne doit noter que des réactions courantes et habituelles de l'enfant dans une situation familière. Les observations devront donc être répétées à quelques reprises. Ce qui intéresse ici, c'est la façon dont l'enfant et le parent interagissent lorsque l'enfant est normalement contrarié ou lorsque le parent répond aux besoins de l'enfant.

Partie A (1) : Bébé de moins d'un an

Remplacer cette partie A(1) du jalon 3 par l'utilisation du Q-Sort des comportements maternels dans le cadre du « projet de vie ».

L'intervenant doit connaître le développement normal d'un bébé. Étant donné que le développement et le comportement d'un bébé changent de manière très marquée à chaque instant, il faut être prudent et prendre plusieurs observations. Si l'on arrive à l'hypothèse que l'enfant est en difficulté, il est nécessaire de pousser l'évaluation en demandant l'aide d'un spécialiste.

Partie A (2) : Bambin entre 1 an et 2,5 ans.

Partie A (3) : Enfant entre 2,5 ans et 5 ans

L'intervenant doit observer l'enfant et le parent ensemble, dans des conditions précises et identifier les interactions typiques entre l'enfant et le parent lorsque l'enfant est normalement contrarié ou que le parent lui donne des soins (non pas en situation de jeu).

Une majorité de réponses :

- dans la section I, indique le type sécurisant;
- dans la section II, indique le type résistant;
- dans la section III, indique le type évitant;
- dans la section IV, indique le type désorganisé.

Voir Info-*recherche* du 9 septembre 1996 pour interpréter ces types.

Partie A (4) : Enfant de 5 ans et plus

À cet âge, les effets des caractéristiques prédominantes du rapport entre l'enfant et le parent sont souvent mélangés à des habitudes développées dans le quotidien. Les enfants qui se trouvent dans une situation instable (partagés entre plusieurs personnes qui leur donnent des soins) changent souvent de sentiment. Leurs réactions sont donc moins caractérisées et peuvent être difficiles à interpréter.

Dans le questionnaire, certaines questions sont précédées par une lettre (A, B, C, etc.) plutôt que par un chiffre; ces questions sont neutres et n'ont pas d'effets sur les totaux.

Le questionnaire permet d'identifier l'importance positive ou négative relative à chaque personne jouant un rôle de soins auprès de l'enfant.

Partie B : Relations clés de l'enfant

Ce questionnaire vise à assurer que l'on n'a pas oublié une personne importante qui dispense des soins à l'enfant. Si d'autres personnes jouent un rôle de soins important, l'intervenant doit prendre des observations afin de comparer les comportements de l'enfant avec ces autres dispensateurs de soins.

Partie C : Histoire de l'enfant

Cette section vise à connaître l'histoire des séparations et des pertes vécues par l'enfant. Des séparations qui n'ont pas été assumées par un processus de deuil normal peuvent perturber l'enfant et rendre difficiles ses capacités d'attachement.

Partie D : Historique du parent dispensateur de soins

L'intervenant s'informe sur les antécédents de violence psychologique, physique et sexuelle, sur les séparations et les pertes, sur les souvenirs et les sentiments vécus par le parent. Les antécédents du parent, s'ils n'ont pas été adéquatement assumés et intégrés, peuvent sérieusement contaminer la relation entre le parent et l'enfant.

Il importe surtout de connaître comment le parent a résolu ou résout ses antécédents de mauvais traitements, de séparations, de rejets, d'abus, etc. Le parent qui idéalise ses propres relations avec ses parents, ou qui admet avoir été victime de rejet ou de mauvais traitement, mais nie que cela l'affecte ou l'ait affecté, risque d'avoir des difficultés à répondre aux besoins de son enfant. Le parent encore en révolte contre ses parents risque de présenter de grandes difficultés avec l'autorité (en abuser vis-à-vis des autres, la refuser pour lui-même ou, à l'inverse, se positionner en victime).

On doit laisser suffisamment de temps au parent pour répondre aux questions. Les questions peuvent le bouleverser et initier le début d'une alliance thérapeutique (si elle ne s'était pas établie précédemment). L'intervenant devra soutenir le parent ou le référer en cas de besoin.

Voir *Info-recherche* du 9 septembre, p. 3 et 4 pour interpréter les résultats.

JALON 4 : COMPÉTENCE PARENTALE ACTUELLE

Ce jalon vise à évaluer les forces et les faiblesses du parent. Le même questionnaire peut servir à évaluer l'interaction de l'enfant avec plusieurs personnes qui lui dispensent des soins. Si les comportements sont sensiblement différents entre les parents et chaque enfant, il vaut mieux évaluer les aptitudes parentales des parents vis-à-vis chaque enfant en utilisant des questionnaires supplémentaires.

La partie A s'applique aux bébés de moins de 2 ans

L'intervenant note l'interaction entre le parent et l'enfant d'après quatre catégories. Chaque catégorie s'applique à une plage d'âge précisée, mais il y a un certain chevauchement. L'intervenant doit remplir toutes les questions pertinentes à l'âge de l'enfant et noter ses résultats sur la feuille résumée. De plus, les questions de la section 2 qui semblent cliniquement pertinentes doivent également être remplies pour les enfants plus jeunes.

Chaque catégorie donne cinq scénarios de comportement et l'évaluateur choisit celui ou ceux qui décrivent le mieux la réponse du parent telle qu'observée. Bien que les catégories du jalon 4 soient regroupées sous les mêmes rubriques que celles du jalon 2, elles servent à évaluer la réaction du parent principal dispensateur de soins.

La partie B s'applique aux enfants de 2 ans et plus

L'intervenant répond aux catégories 1 et 6 simplement par oui ou non. Les autres catégories sont organisées sous forme de liste de vérification pour aider l'utilisateur à évaluer les modes fondamentaux de compétence parentale et, dans certains cas, pour les réduire des observations.

Pour ce faire, chaque concept complexe est séparé en une série d'observations simples et concrètes, exprimées par « toujours », « généralement », et « quelques fois », « rarement », « pas du tout ».

Les aspects suivants de la compétence parentale sont évalués :

1. Capacité de répondre aux besoins de base de l'enfant;
2. a) réponse et engagement affectifs du parent;
3. b) pertinence des rôles;
4. attitude vis-à-vis l'enfant;
5. capacité du parent de voir l'enfant comme une entité distincte de soi;
6. éducation de l'enfant;
7. points forts que possède le parent et sur lesquels il peut bâtir;
8. capacité de répondre aux besoins intellectuels et éducatifs.

L'intervenant peut compléter chaque aspect par des commentaires. Il doit inclure toutes les observations qui appuient ou contredisent l'impression générale, au cas où il serait appelé à justifier ses conclusions devant le tribunal.

L'ICBE peut venir s'ajouter ici pour identifier les points forts et les points faibles de l'exercice actuel de la compétence parentale.

JALON 5 : MAÎTRISE DES IMPULSIONS DES PARENTS

Ce jalon ne mesure pas la maîtrise totale des impulsions du parent, mais il met l'accent sur le contexte du rapport avec l'enfant. Un manque de maîtrise tend à augmenter les risques de maltraitance ou d'incohérence. Les questions mettent l'accent sur les réactions réfléchies et non réfléchies du parent lorsqu'il est contrarié. Elles évaluent aussi l'aptitude du parent à aller chercher de l'aide en cas de difficultés.

Parmi les points a) à h), un ou plusieurs peuvent s'appliquer à chacun des parents.

Les points a) à d) visent à déterminer le temps de réflexion avant la réaction.

Les points e) à g) visent à déterminer si l'autre parent tend à aider le parent à maîtriser ses impulsions ou à les précipiter.

Le point h) repère le parent tout à fait immobilisé par la tension.

Le point i) vérifie si le dispensateur de soins a amélioré sa capacité de maîtriser ses impulsions au cours des trois derniers mois. Ce point est inclus pour vérifier si un effort d'intervention a porté fruit.

JALON 6 : ACCEPTATION DE LA RESPONSABILITÉ PAR LES PARENTS

Une dimension importante de l'évaluation de l'aptitude parentale future est la capacité d'une personne de réfléchir sur soi sans adopter une attitude défensive, de considérer les conséquences de ses comportements sur les autres et de comprendre son rôle dans des situations de conflit. L'évaluation de cette difficulté peut être rendue difficile par les réactions de défense normales dues à une intervention d'autorité sociolégale. Il faut donc faire la part des choses.

Il importe de tenter de savoir dans quelle mesure le parent accepte réellement sa responsabilité de parent. Le parent est-il capable d'autocritique ? Est-il capable d'empathie ? Le parent est-il intéressé à changer ses interactions avec l'enfant ? Est-il capable de reconnaître qu'il a des difficultés ?

L'intervenant doit choisir au moins un énoncé qui décrit le mieux la capacité du parent à accepter son rôle. Ce jalon contient 8 énoncés portant sur l'expression par le parent de son acceptation de sa responsabilité. En réfléchissant à l'application de chacun de ces énoncés, l'intervenant devrait pouvoir faire une évaluation raisonnable de la capacité du parent à accepter un degré pertinent de responsabilité (pas trop, pas assez).

À la dernière page, l'intervenant doit exprimer plus en détail les observations frappantes concernant la capacité du dispensateur de soins d'assumer ses responsabilités.

JALON 7 : COMPORTEMENTS AFFECTANT LA COMPÉTENCE PARENTALE

Partie A

Cette partie met l'accent sur les qualités personnelles, les connaissances et les comportements qui peuvent influencer la compétence parentale de façon positive.

Partie B

Cette partie met l'accent sur les aspects négatifs. Il importe de commenter puisqu'il n'y a pas de relation linéaire entre ces comportements et l'exercice de l'autorité parentale. Certaines personnes fortement perturbées jouent leur rôle parental correctement; d'autres, beaucoup moins perturbées, n'y arrivent pas.

Certaines observations ne peuvent être faites directement, mais demandent l'aide de personnes proches. Plus l'intervenant doit se fonder sur son jugement plutôt que sur des observations directes, plus il doit obtenir de renseignements concomitants et faire des vérifications. Si le parent montre des signes dépressifs, d'humeur instable et de rage non maîtrisée, l'intervenant doit vérifier s'il montre aussi des signes d'intoxication (no 6) ou d'un rapport perturbé avec soi-même ou autrui (no 10).

Partie C

Cette partie établit les caractéristiques démontrables des comportements déterminés dans la partie B. Elle indique si ces comportements sont toujours présents ou intermittents. L'intervenant doit porter un jugement sur la façon dont la fréquence de ces comportements affecte la compétence parentale. Il peut vouloir approfondir ces questions par une entrevue avec le parent concerné. Dans certains cas, l'orientation vers des professionnels de la santé mentale peut aider à préciser certains dossiers.

JALON 8 : RAPPORTS DU PARENT AVEC LA COLLECTIVITÉ

Ce jalon vise à obtenir un aperçu du moi social du parent. Il veut évaluer la présence ou l'absence d'alliances sociales utiles.

La section A détermine les rapports de soutien du système familial.

La section B détermine le niveau de coopération montré avec les institutions sociales.

La section C donne un aperçu de certains indicateurs d'asocialité (criminalité, violence, etc.).

La plupart des points du questionnaire ont déjà été revus, mais ils sont ici étudiés en fonction de la collectivité.

Lorsque les soutiens communautaires sont suffisants, ils peuvent compenser pour certaines inaptitudes. Si la famille n'a pas de soutiens sociaux, il risque de lui manquer un important tampon pour réduire les tensions et gérer les crises. Certaines familles montrent une tendance profonde à la méfiance et à l'hostilité envers une vaste gamme d'organisations. Cela présage mal une alliance thérapeutique valable. Par contre, si le parent est en difficulté uniquement avec notre établissement, il ne faudrait pas conclure trop vite. Ou encore, si la famille, suite à

un déménagement, est encore en période d'adaptation dans un milieu, il faut être prudent. Il importe donc de discriminer une méfiance normale (par exemple, due à l'écart de culture entre la famille et les institutions) et une méfiance généralisée.

JALON 9 : RECOURS À DES INTERVENTIONS CLINIQUES PAR LE PARENT

Alors que le jalon 8 cherchait à déterminer la présence ou l'absence d'alliances sociales, le jalon 9 étudie l'utilisation que le parent fait des services proprement cliniques et évalue la présence ou l'absence d'alliances thérapeutiques. La compréhension de la perception qu'a le parent des interventions cliniques de l'utilisation qu'il en a fait et le fait que les interventions proposées aient ou non été suivies, sont des facteurs importants de prévision de la capacité de la famille à profiter des services et à modifier son aptitude parentale.

On utilise tant la perception du parent que celle de l'organisme. Si plus de trois organismes sont consultés, l'intervenant utilisera un deuxième questionnaire.

Partie A

L'intervenant doit indiquer la qualité de chaque service dispensé et comment cette qualité du service a influencé l'alliance thérapeutique. Ce point est important étant donné qu'un parent peut ne pas avoir profité d'un service antérieur parce que l'organisme a fourni un service inadéquat. On doit aussi tenir compte de l'accessibilité des services pour ne pas blâmer indûment un parent.

Partie B

Cette partie constitue une évaluation sommaire faite par l'intervenant de l'utilisation par le parent des interventions cliniques de tous les organismes. L'intervenant indique le degré de dépendance du dispensateur de soins par rapport aux organismes et estime la probabilité qu'il soit capable ou non de se faire aider.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Une fois l'information recueillie, on peut rédiger le rapport d'évaluation en répondant aux principales questions de la logique d'ensemble de l'instrument. La présente feuille pourrait servir ici de guide; on peut la reproduire.

Au besoin, pour interrelier les éléments et y ajouter la dynamique conjugale et familiale, utiliser la grille synthèse présentée à la page 69 et intitulée : *« Évaluation – Familles en détresse sociale ».*

ÉVALUATION DE LA COMPÉTENCE PARENTALE[15]
SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

JALON 1 : Examen du contexte

	Oui ou non
Y a-t-il un contexte ethnique ou culturel dont il faut tenir compte ? Remarques : ______________________________	
Y a-t-il des facteurs de stress qui permettraient de croire que la situation est situationnelle ou due à une difficulté de gérer le stress ? Remarques : ______________________________	

JALON 2 : Développement de l'enfant

	Oui ou non
Est-ce que le développement de l'enfant est en retard par rapport au potentiel de l'enfant ? Remarques : ______________________________	

JALON 3 : Relation entre l'enfant et le parent

	Oui ou non
Est-ce que l'attachement entre l'enfant et le parent est favorable au développement de l'enfant ? Remarques : ______________________________	
Y a-t-il transmission intergénérationnelle d'un modèle d'attachement inadéquat ? Remarques : ______________________________	

JALON 4 : Compétence parentale actuelle

	Oui ou non
Est-ce que les parents exercent, effectivement, une compétence parentale suffisante au développement de l'enfant ? Remarques : ______________________________	

---

15 Selon le « Guide d'évaluation de la compétence parentale » de Steinhauer (voir bibliographie).

JALON 5 : Maîtrise des impulsions	Oui ou non
Est-ce que les parents sont capables de contrôler leurs impulsions ? Ont-ils des habiletés pour gérer les conflits ? Remarques : ____	

JALON 6 : Acceptation de la responsabilité parentale	Oui ou non
Est-ce que les parents acceptent de jouer leur rôle parental ? Remarques : ____	

JALON 7 : Compétence parentale actuelle	Oui ou non
Y a-t-il des facteurs personnels positifs ou négatifs qui aident ou nuisent à l'exercice des capacités parentales ? Remarques : ____	

JALON 8 : Rapport du parent avec la collectivité	Oui ou non
Les parents sont-ils capables d'établir des relations supportantes avec leur communauté ? Remarques : ____	

JALON 9 : Recours à des interventions cliniques	Oui ou non
Les parents sont-ils capables d'établir des alliances thérapeutiques valables ? Remarques : ____	

Centre jeunesse de l'Estrie

ÉVALUATION - FAMILLES EN DÉTRESSE SOCIALE *

NOM DE LA FAMILLE : ______________________________

NOM DE L'ENFANT : ______________________________

1. INTÉGRATION SOCIALE

		+	M	G	E
1.1	DE LA COMMUNAUTÉ				
1.2	DÉTRESSE SOCIALE				
1.3	CONTEXTE CULTUREL PARTICULIER				
1.4	NIVEAU DE STRESS				

4.2 ENFANCE DU PARENT

	+	M	G	E

LÉGENDE

\+ POINTS FORTS

Degré de difficulté

M ... MOYEN
G ... GRAVE
E ... EXTRÊME

4.2 ENFANCE DU PARENT

	+	M	G	E

6. DYNAMIQUE DU COUPLE

+	M	G	E

5. EXPÉRIENCE DU PASSÉ

		+	M	G	E
5.1	UTILISATION ANTÉRIEURE DES SERVICES				
5.2	APPARITION DU PROBLÈME				

4. CAPACITÉ PARENTALE

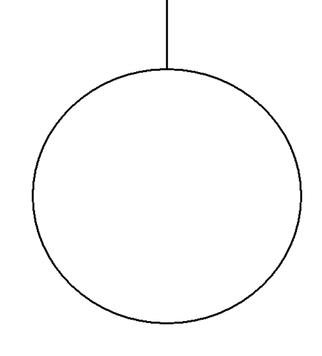
		+	M	G	E
4.1	ACTUELLE				
4.3	POTENTIEL D'AGRESSIVITÉ				
4.4	ACCEPTATION DU RÔLE				
4.5	PROBLÈMES SPÉCIFIQUES				

5. EXPÉRIENCE DU PASSÉ

		+	M	G	E
5.1	UTILISATION ANTÉRIEURE DES SERVICES				
5.2	APPARITION DU PROBLÈME				

4. CAPACITÉ PARENTALE

		+	M	G	E
4.1	ACTUELLE				
4.3	POTENTIEL D'AGRESSIVITÉ				
4.4	ACCEPTATION DU RÔLE				
4.5	PROBLÈMES SPÉCIFIQUES				



3.1 LIEN D'ATTACHEMENT PÈRE-ENFANT

+	M	G	E

3.1 LIEN D'ATTACHEMENT MÈRE-ENFANT

+	M	G	E

2. IMPACT SUR L'ENFANT

	+	M	G	E
2.1 DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT				
2.2 VULNÉRABILITÉ				
2.3 SÉVICES ET TROUBLES DE COMPT.				

3. RÉSILIENCE

PERSPICACITÉ (capacité à voir ce qui se passe)	
INDÉPENDANCE (capacité à évaluer ses besoins et à y répondre)	
HABILETÉ RELATIONNELLE	
INITIATIVE (peut prendre les devants dans une relation ou une action)	
CRÉATIVITÉ (intellectuelle, manuelle, artistique, etc.)	
ALTRUISME (attentif aux autres - ex : frères, sœurs)	
HUMOUR ET JOVIALITÉ	
SENS MORAL DÉVELOPPÉ MAIS NON PUREMENT BINAIRE	
CAPACITÉ D'AUTOCRITIQUE	

3.2 AUTRES LIENS D'ATTACHEMENT

	+	M	G	E
F.A.				
GRANDS-PARENTS MATERNELS				
GRANDS-PARENTS PATERNELS				
AUTRES :				

3.3 SYMPTOMATOLOGIE DES TROUBLES D'ATTACHEMENT

ATTITUDE DE DÉTACHEMENT VIS-À-VIS F.A. OU TENDANCE À LES APPELER RAPIDEMENT « PAPA - MAMAN »	
DIFFICULTÉ À INVESTIR DANS UNE RELATION AVEC UN ADULTE (méfiance constante… à l'inverse confiance immédiate sans discernement)	
TENDANCE À SURINVESTIR DANS SON PROPRE CORPS (autoérotisme, somatisation)	
TENDANCE À INVESTIR DANS UN MONDE PUREMENT IMAGINAIRE	
ÉGOCENTRISME ET NARCISSISME PLUS IMPORTANT QUE CEUX DE SON ÂGE	
RAGE PERSISTANCE ET DIFFUSE	
TENDANCE À CONSIDÉRER TOUT ENVIRONNEMENT MENAÇANT	
PÉRIODES DÉPRESSIVES RÉGULIÈRES	
COMPORTEMENTS ASOCIAUX OU ANTISOCIAUX AVEC CRISES D'AGRESSIVITÉ INCONTRÔLÉES	
CONSCIENCE MORALE INSUFFISANTE (incapable d'empathie)	
MAÎTRISE INADÉQUATE DE SON IMPULSIVITÉ	
FAIBLE ESTIME DE SOI	
DÉPENDANCE CHRONIQUE SUR LE PLAN ÉMOTIONNEL	
FAUSSE REPRÉSENTATION DE SOI	
DÉFAUT DU SURMOI AVEC HONTE ET CULPABILITÉ JAMAIS EXPRIMÉES EN PAROLE	
DÉFAUT DU MOI AVEC ALEXIE (cécité verbale, incapacité à exprimer ses émotions avec des paroles)	

7. DYNAMIQUE DES ORGANISATIONS

+	M	G	E

Avec autorisation de Jean Bédard - Avril 2000
Par Monique F. Lord

* Bédard Jean, Familles en détresse sociale, Repères d'action, Tome I Du social au communautaire, éd. Anne Sigier, Sillery, 1998

Bédard Jean, Familles en détresse sociale, Repères d'action, Tome II L'intervention familiale communautaire, éd. Anne Sigier, Sillery, 1999

Complété par : ________________________________

Date : ____/____/____

SECTION 6
LES RESSOURCES

Implanter un processus d'intervention nécessite l'investissement de ressources pour assurer sa mise en œuvre. On doit d'abord préciser que l'utilisation de ce processus d'intervention doit se faire de façon rigoureuse, suite au programme spécifique de formation prévu par l'établissement.

RESSOURCES NÉCESSAIRES AU DÉPISTAGE DE LA CLIENTÈLE

Le dépistage de la clientèle se fait au moyen de la *Grille de dépistage des situations à risque de délaissement ou d'abandon.* La formation « projet de vie » inclut l'utilisation de la grille. La passation de la grille exige une certaine connaissance de la situation familiale et personnelle de l'enfant, mais elle prend peu de temps à compléter.

RESSOURCES NÉCESSAIRES À L'ÉVALUATION DE LA SITUATION

L'évaluation de la situation de l'enfant se fait au moyen de trois outils : le *Guide d'évaluation de la compétence parentale* de Steinhauer et al., (1993), le *Q-Sort des comportements maternels* de Pederson et Moran (1990) et l'Inventaire concernant le bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales de Magura Moses (1986).

Le Guide d'évaluation de la compétence parentale de Steinhauer et al., (1993)

Pour utiliser le guide, les intervenants doivent avoir reçu une formation théorique permettant de connaître le guide et un soutien clinique pour intégrer cet apprentissage théorique dans la pratique. Lorsque les intervenants sont formés, l'analyse des 9 jalons du guide exige une vingtaine d'heures. Ces heures incluent le temps d'observation nécessaire à la cueillette de l'information et l'inscription de l'information.

Le Q-Sort des comportements maternels de Pederson et Moran(1990)

L'utilisation du Q-Sort des comportements maternels de Pederson et Moran, servant à examiner la sensibilité maternelle pour les enfants âgées entre 0 et 12 mois, exige une formation ou une expertise.

La passation de l'outil, demande une bonne connaissance de la dyade, c'est-à-dire une observation pendant au moins quatre sessions d'observation de la mère avec son enfant. L'instrument se complète en 45 minutes par quelqu'un qui connaît bien l'outil.

L'utilisation de cet inventaire nécessite une formation théorique et pratique pour permettre une cotation et une interprétation rigoureuse des données. La passation de l'outil requiert une visite à domicile et une entrevue au bureau. Lorsque l'instrument est bien connu, il nécessite environ 45 minutes pour la passation.

RESSOURCES NÉCESSAIRES À LA PRISE EN CHARGE

Comme le processus d'intervention cible prioritairement de jeunes enfants âgés entre 0 et 5 ans et que ce sont des enfants plus vulnérables en raison de leur limite à communiquer, et parce cette clientèle habite nécessairement dans des milieux de vie non institutionnels et exige de fréquentes visites, **le nombre de jeunes pouvant être pris en charge par intervenant doit être réduit par comparaison avec celui d'enfants plus âgés ou d'adolescents pour qui la gestion du risque est moins serrée.**

RESSOURCES NÉCESSAIRES AU SUIVI CLINIQUE ET À LA GESTION

Le soutien clinique exige que les conseillers cliniques réviseurs aient une bonne connaissance de la clientèle et du processus d'intervention en clarification de projet de vie.

Puisqu'il s'agit d'un processus clinique important et que les décisions y découlant sont lourdes de conséquence pour l'enfant et sa famille, il nous apparaît essentiel qu'un conseiller clinique-réviseur soit désigné comme porteur de ce dossier.

Nous proposons aussi la mise en place d'un **comité de suivi**, animé par le réviseur attitré à ce dossier, qui aurait la préoccupation de garder « vivant » ce processus d'intervention dans l'établissement, tout en s'assurant une application rigoureuse et un lien étroit avec le programme de formation.

Quand au **comité clinique « projet de vie »**, il devra faire l'objet de travaux pour le définir davantage et préciser, entre autres, sa composition, ses objectifs, son mode de fonctionnement et son lien avec les autres instances cliniques de l'établissement (groupe de suivi, groupe de concertation, etc.). Le comité clinique « projet de vie » pourrait être composé entre autres du réviseur mandaté par le DPJ, de membres du personnel clinique reconnu pour leur expertise sur la question, de l'intervenant et du réviseur responsable du dossier. Le comité devrait être décisionnel relativement à l'orientation du dossier et à la poursuite du processus clinique en clarification de projet de vie.

Le suivi du processus d'intervention devrait être aussi supporté par un système de monitoring des données, incluant entre autres un **tableau de bord** des activités à faire selon les diverses étapes. L'intervenant pourrait compléter cette grille au fur et à mesure de son intervention en indiquant quand chaque activité prévue a été réalisée. Ce tableau de bord servirait à la fois de synthèse des activités à faire par l'intervenant et pourrait permettre le monitoring des données. Ce système pourrait permettre de produire, de façon régulière, des tableaux relatifs à la situation du processus d'intervention. Il permettrait aussi d'analyser les données cliniques à des fins de recherche ou de réflexion.

Le « processus d'intervention en clarification de projet de vie » constitue un processus clinique qui a déjà fait ses preuves dans notre établissement. Beaucoup d'énergie a été investi, dans les dernières années, pour former les intervenants à cette nouvelle façon de faire qui implique un suivi intensif. Le défi est maintenant de garder vivant ce processus d'intervention et en assurer une utilisation efficiente auprès des usagers. Les divers moyens proposés précédemment devraient permettre d'en assurer un suivi rigureux.

BIBLIOGRAPHIE

Association des centres jeunesse du Québec, Table des directeurs de la protection de la jeunesse. *En vue d'assurer à tout enfant un projet de vie permanent*. Février 1997.

Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean. *Enfants en situation d'abandon au Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse*. Mars 1993.

Centre de recherche sur les services communautaires. *Validation québécoise de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales*, Université Laval. Juillet 1990.

Centre de services sociaux de Québec. *Programme « Faire des racines » ou La clarification d'un projet de vie permanent*, Québec, cahier no 1 – Cadre théorique et conceptuel. Novembre 1992.

Centre de services sociaux de Québec. *Programme « Faire des racines » ou La clarification d'un projet de vie permanent,* Québec, cahier no 2 – Modèle pratique. Décembre 1992.

Centre jeunesse Montréal métropolitain. *L'identification des facteurs associés à l'abandon et au délaissement d'enfants*. Geneviève Turcotte, Service de la recherche, Direction des services professionnels. Février 1991.

Centre Rosalie Jetté (1994). *Le Q-Sort des comportements maternels de Pederson, & Moran, (1990) : guide d'utilisation.* Direction des services de réadaptation pour la petite enfance et les mères en difficulté.

Centre Rosalie Jetté. *L'évaluation de la capacité parentale*, document adapté à la clientèle spécifique de l'établissement. Hiver 1992.

Godin, M.-C., Larochelle, M., *Formation des agents multiplicateurs : Clarification du projet de vie*, produit grâce au programme de libération d'intervenants du Centre jeunesse de Québec – institut universitaire. Janvier 2001.

Goldstein, J., Freud, A., & Solnit, A. (1973). *Beyond the Best Interests of the child.* New York : Free Press.

Les Centres jeunesse de la Montérégie. *Les enfants en situation d'abandon*. Phase I – Synthèse des critères pour permettre le dépistage des dossiers.

Le Centre jeunesse de l'Estrie. *Manuel d'utilisation et d'interprétation de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales (I.C.B.E.)*. Juin 1993.

Le Centre jeunesse de l'Estrie. *La clarification des projets de vie : une nouvelle façon de faire au Centre jeunesse de l'Estrie.* Mai 1997.

Les Centres jeunesse de Montréal. *À chaque enfant son « projet de vie » permanent*, document de travail soumis au comité de pilotage par Francine Paquette, conseillère à la DRD. Novembre 2000.

Les Centres jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean. *Guide pour l'identification des enfants en situation d'abandon ou en voie de l'être*. Février 1995.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *L'adoption : un projet de vie*. Cadre de référence en matière d'adoption au Québec. Direction de l'adaptation sociale, Québec, mai 1994.

Paquette, D, St-Antoine, M., & Provost, N. (2000). *Formation sur l'attachement*. Montréal : Institut de recherche pour le développement social des jeunes.

Paquette, D., & LaFrenière, P. J. (1994). Relation mère-enfant, cultures et socialisation. *Revue Canadienne de psychoéducation*, *23 (1),* 17-41.

Paquette, F., & Chagnon, F. (2000). Cadre de référence pour le développement des programmes aux Centres jeunesse de Montréal. Montréal : Centres jeunesse de Montréal.

Steinhauer, P. D., Leitenberger, M., Manglicas, E, Pauker, J. D., Smith, R., & Goncaïves, L. (1993). *Guide d'évaluation de la compétence parentale.* Toronto : Institut pour la prévention de l'enfance maltraitée.

Steinhauer, P., D. (1993). *Le moindre mal*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.